NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES.

Liste des Journaux reproduits ou consultés pour la rédaction de l'Encyclographie.

JOURNAUX BELGES.

Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.
Annales de la Société de médecine de Gand.
Annales de la Société de médecine d'Anvers.
Annales de la Société de médecine de la province d'Anvers.
Annales de la Société médico-chirurgicale de Verviers.
Annales de la Société de médecine de Verviers.
Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Malines.
Archives de la médecine militaire Belge.

JOURNAUX FRANÇAIS.

Annales medico-psychologiques.
Annales de thérapeutique de Rognetta.
Annales d'hygiène publique et de médecine lég.
Annales des maladies de la peau.
Annales médico-chirurgicales du Midi.
Archives générales de médecine.
Bulletin de thérapeutique.
Bulletin médical de Bordeaux.
Bulletin des Academies.
Clinique de Montpellier.
Gazette médicale de Paris.
Gazette des hôpitaux.
Gazette médicale de Montpellier.
Gazette médicale de Strasbourg.
Journal de médecine et de chirurgie de Toulouse.
Journal de médecine et de chirurgie pratiques.
Journal des connaissances médicales.
Journal des connaissances médico-chirurgicales.
Journal de médecine de Lyon.
Journal de medecine de Nantes.
Journal de médecine de M. Trousseau.
Journal de médecine de Bordeaux.
Journal de chimie médicale.
Journal de la Société de médecine de Montpellier.
Revue médicale.
Journal des connaissances médicales pratiques et de pharmacologie.
Revue médico-chirurgicale de Paris de M. Malgaigne.

55350

NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES,

PUBLIÉE PAR

UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS.

1re PARTIE.

ARCHIVES

DE LA MÉDECINE BELGE ET REVUE DES JOURNAUX BELGES.

2me PARTIE.

BULLETIN

DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

3me PARTIE.

REPRODUCTION

ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

JUILLET 1849. — 10me SÉRIE. — T. VII.

Bruxelles,

IMPRIMERIE ET LIBRAIRIE DE N.-J. GREGOIR,

FOSSÉ-AUX-LOUPS, 66.

1849.

SOMMAIRE DES ARTICLES CONTENUS DANS CE VOLUME.

Archiv. de la méd. belge. p. 145—202.
Bulletin de l'Académie royale de médecine belge. 203—204.

IV. PATHOL., THÉRAPEUT. ET CLINIQ. MÉDIC.

Path. interne. 1—3. *Revue* 20, 21.
Thérapeutiq. 4 — 7. *Revue* 22, 23, 24, 25

V. ACCOUCHEM., MAL. DES FEM. ET DES ENF.

Accouchements. 8—10. *Revue* 26.
Mal. des femmes. 11—11 *bis*.
Mal. des enfants. 12—13.

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALM.

Path. externe. 14. *Revue* 27.
Médecine opératoire. 15—16. *Revue* 28, 29.

VIII. Mal. des voies gén.-urinaires. 17.

X. MÉDECINE, LÉGALE ET POLICE MÉDICALE.

Médecine légale. 18.

XII. Généralités. 19.

Sociétés savantes, pag. 224, 262.

Mélanges. 30, 31, 32.

ARCHIVES

DE LA

MÉDECINE BELGE.

(JUILLET 1849.)

MÉMOIRE SUR L'ANATOMIE DE LA CONJONCTIVE, AU POINT DE VUE DE SES ALTÉRATIONS PATHOLOGIQUES ET DE LEUR TRAITEMENT ;

Par H. De Condé, médecin à Liége.

(Suite et fin : *voir* le n° de juin 1849, p. 75.)

Nous avons discuté ailleurs (1) la nature de la granulation vésiculeuse, et nous croyons avoir démontré qu'elle n'est ni une phlyctène, ni un produit de nouvelle formation ; qu'elle ne provient point du développement des glandules muqueuses de Müller, ou du corps papillaire d'Eble, et nous avons cherché à prouver qu'elle doit être le résultat d'un développement anormal et spécial des corps élémentaires faisant partie de l'organisaiion de la conjonctive du repli (2).

La constance des granulations vésiculeuses dans l'ophthalmie contagieuse, leur évolution régulière, uniforme près de l'origine du vaisseau sanguin qui y parcourt la conjonctive, ou le long de ses ramuscules ; leur organisation, leur siége constant dans une seule des subdivisions de la conjonctive ; leur diminution progressive et leur disparition complète sous l'influence de certains

(1) *Annales de la Société de médecine de Gand*, 1840, t. II, p. 122 et suiv.

(2) Nous venons de dire que jamais la granulation vésiculeuse ne se développe sur la face interne des tarses, siége unique de la granulation charnue, Dans des cas d'une rareté extrême, presque phénoménale, nous avons rencontré, et notre collègue M. le docteur Gonne, de l'artillerie, nous l'a fait remarquer, quelques petits corps phlyctenoïdes situés sur la conjonctive tarsienne, à une ligne en arrière du bord libre des paupières, mais leur rareté, la spécialité de leurs caractères, leur forme parfaitement hémisphérique, la minceur de leurs parois, la limpidité du fluide qu'elles contiennent et qui s'échappe avec rapidité lorsqu'on les pique avec une aiguille à cataracte, nous les font considérer, tantôt comme une phlyctène résultant de la phlogose érysipélateuse de la conjonctive, tantôt comme des follicules muqueux hypertrophiés excentriquement, et qui se trouvent là par erreur de lieu et comme résultant d'une organisation anormale ; fait assez fréquemment constaté en anatomie.

traitements non ectrotiques, et leur réapparition plus tard, alors que des causes spécifiques nouvelles en sollicitent de nouveau le développement; l'immunité dont jouissent à cet égard ceux dont la conjonctive a été beaucoup cautérisée, au moins dans les parties fréquemment touchées; leur analogie avec certains corps glanduleux qu'on retrouve normalement à la face interne des paupières et dans des points limités, toujours les mêmes, de plusieurs oiseaux du genre canard, à la face interne de la membrane nictitante du chien, à la face externe de celle du cochon et non loin de l'angle interne de la conjonctive du repli aux deux paupières de cet animal; *leur parfaite identité, quant à l'apparence et au siége, avec les glandes muqueuses qu'on retrouve dans la conjonctive rétro-tarsienne du mouton*; leur insertion variable (et cependant constante dans chaque espèce) comme les êtres divers sur lesquels on les observe; leur identité parfaite avec des corps glanduleux hypertrophiés qu'on rencontre dans les muqueuses du pharynx et sur les amydales dans beaucoup de pharyngites et d'amygdalites chroniques (1), et leur existence dans les cas anciens à la surface de la caroncule lacrymale, nous ont toujours fait croire que les granulations vésiculeuses ne pouvaient provenir que de l'intumescence pathologique, ou, si l'on veut, d'une altération qualitative et quantitative de petits corps faisant partie de l'organisation de la conjonctive à l'état normal. Nous avons fait à plusieurs reprises des recherches sur ce point d'anatomie; nous avons examiné des conjonctives, l'œil armé d'une forte loupe et au microscope; nous n'avons cependant rien découvert, et, attribuant ces résultats négatifs à l'imperfection de nos procédés, chaque fois nous avons remis nos recherches à un autre temps. Dans une conversation que nous eûmes sur ce point avec M. le professeur Spring, de l'Université de Liége, ce savant nous dit que tous les ans il démontrait à son cours d'anatomie la présence dans la conjonctive palpébrale rétro-tarsienne d'un foule de petites glandules disséminées sur la surface et qu'il était aisé de reconnaître au moyen d'une loupe ordinaire. Il suffit, pour les mettre en relief, de mouiller pendant peu de temps le tissu cellulaire sous-conjonctival de cette partie. Les glandules qui, pour M. Spring, sont des glandules muqueuses de la conjonctive, auraient déjà été signalées et décrites par Henle et par un autre anatomiste allemand.

(1) Nous avons cru pendant longtemps que la granulation vésiculeuse ophthalmique différait complétement de la glandule muqueuse hypertrophiée; nous étions en erreur, car dans les affections chroniques de la gorge, on retrouve des corps ayant tous les caractères assignés à ces granulations et dont l'origine est le follicule muqueux.

Si l'on examine, au moyen de la loupe, la muqueuse du repli d'après le procédé indiqué par M. Spring, on dévouvre deux séries linéaires de petits points saillants comme des pointes d'épingle, des perles très fines, de petits mamelons représentant parfaitement, mais à l'état microscopique, les corps qui constituent plus tard les granulations dites vésiculeuses. Nul doute que ce ne soient ces petits corps glanduleux ou folliculaires qui, accrus pathologiquement et dont la sécrétion, détournée de ses caractères habituels, acquiert une spécialité de composition, constituent la granulation vésiculeuse qui caractérise l'ophthalmie dite militaire. Celle-ci ne serait donc tout simplement que le résultat d'un développement spécial *qualitatif* et *quantitatif*, pour employer l'expression d'Eble, des glandules muqueuses du repli conjonctival. Sa véritable dénomination devrait donc être celle de *glandulo-conjonctivite rétro-tarsienne* : l'épithète de contagieuse est parfaitement inutile, puisque les ophthalmies à granulations vésiculeuses sont les seules reconnues capables de se reproduire par voie de contagion.

Une question qui est loin d'être oiseuse se présente ici. Dans tous les cas de granulations vésiculeuses, y a-t-il ce qu'on est convenu d'appeler ophthalmie militaire ? En d'autres termes, un travail irritatif ou hypertrophique, idiopathique, étranger à cette ophthalmie, ne pourrait-il pas amener un résultat analogue ? La réponse est, nous l'avouerons, embarrassante ; cependant, quand nous remarquons que là où, dans une famille, cette granulation se montre chez un sujet, on ne tarde pas à la voir s'étendre à ses divers membres ; et quand nous nous reportons à une époque encore plus reculée, c'est-à-dire avant l'invasion du fléau ophthalmique en Europe, et que nous trouvons le silence le plus complet sur le développement de corps quelconques dans la conjonctive du repli, nous sommes porté à croire que ce développement a été d'une rareté excessive ; et ceci vient légitimer la pratique des médecins militaires belges, qui, considérant la présence de granulations vésiculeuses comme dénonçant l'existence de l'ophthalmie militaire, soumettent les sujets qui en sont porteurs au traitement institué contre cette maladie.

Nous ne sommes pourtant pas éloigné de croire que, parfois, dans des cas sans doute rares, des granulations vésiculeuses ont pu se former par un travail quelconque, indépendant de notre influence ophthalmique. Janin rapporte, en effet, qu'en 1765, il rencontra sur la conjonctive droite d'un cadavre, vers le petit angle, de petites tumeurs apposées les unes contre les autres, et offrant chacune le volume d'un grain de millet. Après leur extir-

pation, il trouva qu'elles siégeaient toutes dans la substance de la conjonctive, et que, vues au microscope, elles ressemblaient parfaitement aux glandes. Il remarqua, en outre, que chacune d'elles, grossie par la macération, était entourée d'une capsule. (1).

Quoi qu'il en soit de cette opinion, les divers états pathologiques de la conjonctive palpébrale que nous avons décrits ne doivent pas être confondus; ils se montrent très-souvent isolés les uns des autres avec tous les caractères que nous leur avons assignés. C'est ainsi que rien n'est plus commun que de voir l'engorgement scrofuleux invétéré du bord palpébral sans granulations papillaires aux tarses, et les granulations vésiculeuses du repli conjonctival sans la moindre altération du reste de la conjonctive. Le médecin de régiment Müller a trouvé, en disséquant les paupières de sujets porteurs d'engorgements granuleux profonds qui avaient succombé à d'autres maladies, que les glandes de Meïbomius disposées en lignes, comme dans l'état normal, n'offraient aucune altération dans leur forme, dans leur volume ou dans leur couleur (*Eble*, page 12); mais il est très-rare d'observer la granulation papillaire primitive complétement dégagée de complications; presque toujours elle est sous la dépendance de l'évolution des granulations vésiculeuses ou de l'engorgement lymphatique de la conjonctive du bord libre. Nous l'avons cependant rencontrée dans un cas d'éléphantiasis; elle y avait acquis un développement énorme et était dégagée de toute autre complication.

Le développement des granulations papillaires, presque toujours consécutif, soit aux inflammations scrofuleuses du voisinage du bord libre des paupières, soit à l'évolution vésiculeuse du repli, est en rapport direct avec la durée de ces maladies, leur intensité ou leur retour plus fréquent. C'est dans ce dernier cas surtout qu'elles acquièrent cette dureté qui les caractérise chez nos militaires, et qui amène si fréquemment la vascularisation de la cornée, son ramollissement, et parfois la transformation cartilagineuse des fibro-cartilages tarses.

On a dit, et l'on croit généralement, que les membranes muqueuses, lorsqu'elles ont été détruites dans une petite partie de leur étendue, peuvent se reproduire sans laisser de traces de la solution de continuité. Au point de vue des fonctions que la muqueuse régénérée doit accomplir et de l'aspect qu'elle présente à la vue, il est en effet impossible de reconnaître des différences tranchées entre la muqueuse reproduite et celle qui

(1) Eble, *ouvrage cité*, p. 10

l'avoisine. Les entamures de la conjonctive scléroticale et cornéenne sont incessamment comblées sans que plus tard on puisse en reconnaître la trace (1); mais la muqueuse reproduite de la sorte n'est point une muqueuse complète, car elle ne possède ni papilles, ni follicules. C'est ce qu'il est facile de constater à la muqueuse des paupières lorsque, pour remédier à l'état granuleux, on la cautérise fréquemment, elle est remplacée par une muqueuse nouvelle plus resplendissante, plus nacrée, sur laquelle des granulations, soit charnues, soit vésiculeuses, deviennent incapables de se produire de nouveau, tandis qu'elles se reproduisent facilement sur des parties voisines qui ont échappé à la cautérisation ou qui ont été peu touchées. C'est en même temps une nouvelle preuve que la cautérisation n'a pas seulement pour effet de modifier l'état irritatif de la conjonctive, mais souvent de détruire cette membrane.

Ceci nous conduit à l'examen d'une autre question qui concerne le traitement. On a l'habitude de cautériser les paupières de jour à autre, de manière que chacune d'elles n'est cautérisée qu'une fois endéans les huit ou dix jours : souvent alors on laisse les patients se reposer pendant quelques jours. On procède ainsi par routine, sans se rendre raison de ce qu'on fait, et dans la croyance que c'est ce qui convient le mieux pour prévenir les accidents vers l'œil. Il est évident pour nous que lorsque les granulations sont inflammatoires, confluentes, et ont déjà quelques jours d'existence, il est évident, disons-nous, que la cautérisation n'intéresse que très superficiellement la muqueuse : l'abandonner alors pendant quelque temps à elle-même, sans la touher de nouveau, c'est perdre en grande partie les bienfaits qu'on était en droit d'attendre de la cautérisation, parce qu'aussitôt que l'irritation substitutive s'est dissipée, et cela ne tarde pas à avoir lieu au bout de deux à trois jours, un nouvel épithélium recouvre la muqueuse; les granulations des parties non touchées excitent de nouveau leur développement : de là des traitements infinis presque infructueux et des insuccès attribués à tort à l'inopportunité du nitrate d'argent dans le traitement de certaines granulations. Convaincu que les granulations, en général, au moins chez nos militaires, ne peuvent être guéries que par leur destruction, et qu'une première cautérisation ne fait que les entamer sans les détruire, nous avons cru qu'en les touchant de

(1) Cette reproduction, sans cicatrice et le plus souvent sans opacité, de la couche superficielle de la cornée est, selon nous, une nouvelle preuve de sa nature muqueuse. Les ulcérations qui s'étendent au-delà de cette couche sont et restent presque toujours suivies d'opacités.

nouveau deux au trois jours après le premier attouchement et avant le renouvellement de l'épithélium, l'effet destructif serait plus prompt et la guérison plus rapide. Nos prévisions se sont réalisées au-delà de nos espérances, et nous engageons nos confrères à procéder de la même manière, certain que nous sommes qu'ils s'en trouveront bien.

En agissant de cette façon, et en ne cautérisant que superficiellement, on n'a pas à craindre des brides, parce que la cautérisation ne peut pas s'étendre au tissu sous-muqueux. Nous nous sommes convaincu aussi que la cautérisation aux deux paupières supérieures à la fois, ou aux deux paupières inférieures, hâtait singulièrement la guérison, sans qu'il y eût à craindre plus d'accidents vers les yeux.

Nous avons remarqué aussi qu'il y a avantage de commencer le traitement ectrotique des granulations par la cautérisation des paupières supérieures, la granulation aux paupières inférieures ayant une grande tendance à pulluler, lorsqu'on agit autrement. En voici, croyons-nous, les motifs : dans les cas anciens, les conjonctives étant plus étendues dans les premières, le mal y est aussi plus étendu et plus réfractaire ; la matière virulente qui est sécrétée, après avoir séjourné dans ses replis, glisse au-devant de l'œil et vient s'accumuler dans les replis de la paupière inférieure, dont elle suscite incessamment le travail granuleux. Ceci est tellement vrai, qu'il est excessivement rare, même lorsque l'élément granuleux a été détruit aux paupières inférieures, de rencontrer celles-ci entièrement saines, s'il subsiste des granulations inflammatoires aux paupières supérieures ; tandis qu'il est assez commun de trouver des paupières supérieures saines, quoique des granulations existent encore aux paupières inférieures. On sait, du reste, que souvent, au début de la maladie, les granulations sont déjà bien visibles aux paupières inférieures, tandis que les paupières supérieures sont encore épargnées par le mal.

La cautérisation par le crayon lunaire est encore le moyen héroïque contre les engorgements chroniques lymphatiques ou scrofuleux de la muqueuse du voisinage du bord libre des paupières qui ont résisté à l'usage des pommades ophthalmiques (1).

(1) Il nous paraît qu'on abuse fréquemment des pommades ophthalmiques au précipité rouge, notamment dans deux cas que nous mentionnons ici. Les engorgements papillaires à la surface tarsienne un peu anciens nous ont paru, en général, résister à leur action substitutive, s'endurcir et même devenir cartilagineux. — Ils réclament impérieusement la cautérisation. — S'il reste des granulations vésiculeuses derrière les tarses supérieurs, alors que les granulations charnues tarsiennes ont été détruites par la cautérisation, l'action irritative de la pommade y développe des inégalités, des rugosités qui irritent l'œil. — Dans ce dernier cas, les collyres astringents doivent être préférés.

Nous n'en pouvons pas dire autant de l'emploi des caustiques dans les ulcérations de la cornée. Ces ulcérations sont-elles bornées à la conjonctive cornéenne, d'autres modificateurs que le caustique suffisent toujours pour en amener la guérison ; s'étendent-elles plus profondément, on risque par la cautérisation d'entamer les couches plus profondes et de produire une opacité permanente ou le ramollissement de ses couches, qui conduit à l'écoulement de l'humeur aqueuse et à des adhérences de l'iris. Dans l'un et l'autre cas, la cautérisation nous a paru plutôt nuisible qu'avantageuse.

Nous ne pouvons abandonner ce sujet sans dire un mot du traitement de l'ophthalmie purulente au début par la méthode ectrotique popularisée par M. Kerst, d'Utrecht. L'expérience a démontré que la cautérisation de la conjonctive des paupières est le meilleur moyen de sauvegarder l'œil contre l'effet destructif de la matière purulente. Mais ici encore cette cautérisation se fait d'une manière empirique. En effet, c'est la portion de la conjonctive du repli qui seule sécrète ces flots de muco-pus qui s'écoulent d'entre les paupières. La conjonctive du globe de l'œil et celle qui recouvre les tarses n'y sont pour rien, et l'on sait que c'est la seule présence de cette matière virulente entre les paupières, et non l'inflammation, qui, dans l'immense majorité des cas, compromet l'œil en ramollissant la cornée. Ceci étant établi, — car nous doutons qu'on puisse contester une chose aussi facile à constater, — pourquoi dès lors cautériser la conjonctive palpébrale dans toute son étendue? N'est-ce pas ajouter à une inflammation spécifique grave, qui presque toujours est déjà accompagnée d'un commencement de ramollissement de la cornée, une autre inflammation étendue, très-violente et qui achève de compromettre l'intégrité de la vue? En se bornant à cautériser la conjonctive palpébrale retro-tarsienne, on limite l'inflammation à cette même partie et on augmente d'autant les chances de sauver l'œil. Rien de plus simple, du reste, que cette opération (qu'on a considérée comme difficile), au moyen du porte-caustique que nous employons et dont nous avons donné la description, il y a neuf ans, dans les *Annales de la Société de médecine de Gand* (1) et dans les *Annales d'Oculistique* (2).

(1) 1840, t. II, p. 122 et suiv.
(2) 1840, t. III, p. 262 et suiv.

RAPPORT ADRESSÉ A M. L'INSPECTEUR GÉNÉRAL DU SERVICE DE SANTÉ DE L'ARMÉE, SUR LE CHOLÉRA QUI A RÉGNÉ DANS LA GARNISON DE LIÉGE, PENDANT LES MOIS DE DÉCEMBRE 1848, JANVIER ET FEVRIER 1849;

Par I. MIDAVAINE, médecin principal.

Ce fut le 11 décembre 1848, que le choléra se déclara à Liége; il s'établit d'abord dans le quartier populeux d'Outre-Meuse (en Bêche), puis il éclata bientôt dans divers quartiers, dans la paroisse Saint-Denis, derrière la Madelaine, sur les Foulons, dans la rue de l'Université, le quartier Saint-Jean, la rue Grétry, la paroisse Saint-Christophe, etc.

Peu de jours après son apparition à Liége, il avait atteint les communes de Seraing et de Jemeppe, en remontant la Meuse; à Seraing surtout, il y sévit avec intensité; puis revenant sur ses pas il s'étendit ensuite à Jupille et à Chênée.

On voit par cet itinéraire qu'il a assez bien suivi les rives de la Meuse.

C'est dans la nuit du 28 au 29 décembre, à la Chartreuse, et par conséquent à proximité du quartier d'Outre-Meuse, que s'est déclaré le premier cas de choléra dans la garnison, chez un soldat du régiment de chasseurs-carabiniers.

Le deuxième cas est survenu le 31, à Saint-Laurent, dans notre hôpital même, chez un sous-officier du 6e de ligne, qui s'y trouvait en traitement pour une affection cérébrale. J'ai quelques raisons de penser que ce deuxième cas peut être en grande partie rapporté à la peur.

Le troisième cas survint encore à la Chartreuse.

Ensuite on vit apparaître le choléra à la Citadelle, aux Écoliers, à la caserne Saint Laurent, et conséquemment sur les hauteurs environnantes de la cité comme dans le fond de son bassin, dans les rues étroites et très-peuplées comme dans les rues bien larges, bien saines, où l'air circule librement.

En général, il a régné, par une température douce et humide ou humide et froide, un vent d'Ouest ou de Sud-Ouest, sous une moyenne barométrique de $0^m,766$, et thermométrique de $+5°,94$.

En ville des diarrhées avaient précédé son apparition. Dans la garnison, rien ne s'était fait remarquer qui pût faire présager son invasion.

Nous avons eu en tout, depuis le 29 décembre jusqu'au 8 février, époque à laquelle le dernier cholérique est entré en traitement à l'hôpital, 19 malades répartis comme suit; savoir :

Chasseurs-carabiniers. .	Chartreuse. . . .	2
6e de ligne.	Citadelle. . . .	5
»	St-Laurent. . . .	2
»	Hôpital.	1
2e régiment d'artillerie. .	Caserne des Écoliers.	6
2e de lanciers.	Id.	3

Dix de ces cholériques, reçus dans la période algide, présentaient les symptômes les plus graves : cyanose ; crampes violentes ; vomissements (chez quelques-uns les vomissements avaient cessé lors de leur entrée à l'hôpital), selles abondantes et blanchâtres, sanglantes au contraire chez les deux premiers malades ; langue et haleine froides, ventre rétracté, urines supprimées; pouls insensible ou filiforme; voix rauque; yeux ternes, très-enfoncés dans l'orbite ; traits profondément altérés, je dirai même, cadavéreux. Sept ont succombé les uns dans les 24 heures de l'invasion, les autres après quelques heures seulement.

Les deux premiers malades ont encore offert un phénomène qui ne s'est plus représenté chez les autres ; ils ont été atteints d'un hoquet presque continuel, jusqu'au moment de leur mort. Les vomissements ont aussi été beaucoup plus fréquents chez eux que chez les autres.

Chez l'un d'eux, celui dont j'attribue la maladie à la peur, la réaction s'était parfaitement établie; et je le croyais sauvé, lorsque, après un sommeil de 4 heures, il fut subitement atteint du râle des agonisants. Je pense que l'affection cérébrale, dont cet homme était atteint lorsqu'il fut frappé du choléra, n'a pas peu contribué à l'état comateux qui suivit la réaction, et à l'issue funeste de la maladie.

Moyens généraux. — Une salle contenant vingt lits, bien aérée, bien chauffée, avait été préparée à l'avance pour recevoir les cholériques. A cette salle se trouvaient attachés plusieurs religieuses et deux infirmiers. Un lit tenu très-chaud par des cruchons remplis d'eau bouillante était aussi préparé à l'avance.

A l'arrivée du malade à l'hôpital, on le débarrassait promptement de ses vêtements. On l'enveloppait d'une couverture de laine également chauffée ; et on le frottait par tout le corps avec une pièce de flanelle, et parfois aussi le long de la colonne vertébrale avec une flanelle imbibée d'un liniment aromatique camphré. Des sinapismes étaient placés sur cette région (le rachis), et sur la presque totalité du corps. On l'entourait de cruchons d'eau chaude, et on le recouvrait de nombreuses couvertures de laine. Des cataplasmes laudanisés étaient en même temps appliqués sur le ventre.

J'eus recours à l'emploi des bains de vapeur qui m'avaient

assez bien réussi en 1832, mais je n'en obtins cette fois aucun avantage. Chez quelques-uns, je parvins, à l'aide de ces moyens, à produire un peu de chaleur semblable à celle qu'acquièrent les corps inertes ; ce n'était pas même une semi-réaction, car elle était accompagnée d'une sueur glutineuse, poisseuse, et d'un pouls filiforme. Chez d'autres, la peau resta froide comme du marbre.

Ces moyens étaient d'ailleurs combinés à un traitement interne dont je parlerai bientôt ; on sait qu'à eux seuls ils ne peuvent agir d'une manière réellement efficace, mais qu'ils peuvent devenir de puissants auxiliaires pour la médication interne.

La saignée au début, même dans la période algide grave, et les applications de sangsues, conseillées par différents médecins, et entr'autres par le docteur Bossereau qui, en juin et juillet 1848, a observé le choléra à Jassy, en Moldavie (*Voir la Gazette médicale de Paris*, n° 43, 1848), ne m'ont pas réussi davantage. Cependant le raisonnement, qui y fait recourir, paraît logique et basé sur la physiologie. En effet, le sang étant refoulé dans les gros vaisseaux par l'arrêt de la circulation dans les capillaires, il paraîtrait que c'est en dégageant les premiers qu'on peut rappeler celle-ci, favoriser l'hématose, et avec elle la calorification, et rendre ainsi au sang le stimulus qui lui manque.

L'air qui entre dans les poumons du cholérique n'y est plus qu'imparfaitement décomposé ; il y a moins d'oxigène absorbé, moins d'acide carbonique expiré, et, partant, moins de chaleur animale produite. L'air qui a servi à la respiration sort des poumons aussi froid qu'il y est entré.

Les résultats obtenus par l'emploi de la saignée n'ont pas répondu à mon attente, et j'ai vite abandonné ces idées théoriques, quelque belles, quelque séduisantes qu'elles soient. Aujourd'hui je suis assez porté à croire que la saignée en pareil cas, loin de ranimer les contractions du cœur en favorisant la circulation générale, tend plutôt à les affaiblir.

Je partage volontiers l'opinion de ceux qui considèrent le choléra comme résultant d'une lésion primitive du système nerveux ganglionnaire, et, dans cette hypothèse, je donne la préférence aux révulsifs combinés aux antispasmodiques. (*Voir les deux observations rapportées par M. le docteur Bodel, de Lyon. — Abeille médicale, cahier de septembre* 1848.)

Traitement interne.—Concurremment avec l'emploi des moyens externes, dont il a été fait mention ci-dessus, j'ai administré à mes malades, à l'intérieur, les stimulants diffusibles combinés aux opiacés. Ainsi, nous leur avons prescrit l'huile de menthe poivrée, tantôt par gouttes sur du sucre, tantôt en mixture combinée avec

les eaux de laurier-cerise, de cannelle, l'éther sulfurique alcoolisé et le laudanum.

L'ipécacuanha, administré comme moyen perturbateur à un de ces malades, ne nous a pas réussi.

La glace donnée en morceaux a diminué la soif et arrêté les vomissements, mais sans autres succès apparents.

L'albumine, prise en abondance, a suspendu momentanément les vomissements et le hoquet, sans modifier l'état du malade. Ce moyen nous avait été conseillé par M. Pasquier, comme ayant été employé avec succès en 1832.

J'ai aussi essayé, mais sans succès marqués, la compression épigastrique, moyen employé à Smyrne, et cité par M. Dumas, à l'Académie des sciences de France. Les vomissements s'arrêtèrent par cette compression ainsi que le hoquet, mais ils recommencèrent peu de temps après qu'on l'eût cessée. D'ailleurs la suspension des vomissements ne met pas fin au danger ; reste à savoir s'il ne conviendrait pas de les entretenir, de les provoquer même lorsqu'ils ont entièrement cessé dans la période algide, afin de favoriser le rétablissement de la circulation capillaire par les secousses qu'ils produisent, plutôt que de chercher à les supprimer quand ils existent.

Les lavements émollients opiacés, demi et quarts, ceux avec l'amidon, le salep uni à l'opium ; les cataplasmes fortement laudanisés appliqués sur le ventre, ont été d'un grand secours. C'est à l'aide de tous ces moyens combinés, que j'ai sauvé 12 cholériques sur 19.

J'ai aussi traité, toujours avec succès, à l'aide de ces derniers moyens, bon nombre de cholérines.

Autopsies cadavériques. — Elles ont offert beaucoup d'analogie entr'elles :

Engorgement très-prononcé de tout le système veineux. On le remarquait particulièrement dans les sinus cérébraux, les veines jugulaires, les cavités droites du cœur, les veines caves et coronaires.

Crâne. Méninges injectées. Substance cérébrale piquetée.

Poumons. Généralement congestionnés.

Cœur. Les cavités droites remplies d'un sang noir et luisant, ressemblant par sa consistance à une gelée de groseilles.

Estomac. Ce viscère contenait ordinairement quelques onces de liquide semblable à celui qui était rejeté par les vomissements : trois fois seulement il a présenté un peu de rougeur.

Le tube digestif était rempli d'un liquide lactescent, analogue à celui des déjections ; chez les deux sujets qui avaient eu des selles

sanglantes, il a été rencontré un liquide rougeâtre, ressemblant à la lie de vin.

La muqueuse intestinale, constamment d'un rouge violacé uniforme, rarement arborisée. Un mucus grisâtre, gluant, tapissait cette membrane.

Foie. Volumineux, d'une teinte foncée, gorgé de sang noir. Je n'ai rencontré qu'une exception, chez un sous-officier (maréchal-des-logis au 2e régiment de lanciers). Le foie de ce dernier présentait une teinte jaune citronnée, uniformément répandue tant à la surface que dans la substance. Les incisions du scalpel ne donnaient lieu à aucun suintement sanguin. Le viscère était manifestement hypertrophié ; il occupait, outre l'espace ordinaire qui lui est assigné, une bonne moitié de la cavité thoracique droite en refoulant fortement le poumon en haut.

La rate a toujours été trouvée engorgée, et quelquefois dans un état de ramollissement. La vessie constamment rétractée, sans urines, contenait quelquefois un peu de mucus blanchâtre.

Chez deux sujets (les seuls en effet chez lesquels j'ai examiné les ganglions), *les ganglions cervicaux et pectoraux* offraient un ramollissement très-prononcé et d'une couleur violacée.

(*Archives belges de médecine militaire*, mai 1849).

ESSAI SUR L'HYPOCHONDRIE ;

Par J.-D. HANNON, docteur en médecine, en chirurgie, en accouchements, en sciences physiques et naturelles, et lauréat des concours universitaires.

(Suite : *voir* le n° de juin 1849, p. 83.)

Pendant que Laënnec fixait les esprits sur la phthisie, beaucoup d'élèves devinrent hypochondres. Il en fut de même quand Corvisart professa si éloquemment sur les maladies du cœur, quand Broussais fit marcher triomphalement la gastrite à la tête de la pathologie. J. J. Rousseau donne la mesure de l'influence fâcheuse des demi-connaissances médicales dans le passage suivant : « Pour m'achever, ayant fait entrer un peu de physiologie dans mes lectures, je m'étais mis à étudier l'anatomie, et passant en revue la multitude et le jeu des pièces qui composaient ma machine, je m'attendais à voir détraquer tout cela vingt fois par jour ; loin d'être étonné de me trouver mourant, je l'étais que je pusse vivre, et je ne lisais pas la description d'une maladie, que je ne crusse être la mienne. Je suis sûr que, si je n'avais pas été malade, je le serais devenu par cette fatale étude. Trouvant dans chaque maladie des symptômes de la mienne, je croyais les avoir toutes, et j'en gagnai par dessus une bien plus cruelle encore dont je m'étais cru délivré : la fantaisie de guérir. C'en est une difficile à éviter quand on s'est mis à lire des livres de médecine. »

Il faut néanmoins avouer que le médecin se guérit vite de la manie de l'hypochondrie. L'exercice qu'il fait sert à maintenir l'équilibre entre les forces motrices et les forces sensitives, et prévient les fâcheux effets de l'étude.

Les facultés intellectuelles ne s'exercent pas seulement sur les sciences, elles s'occupent aussi activement de la culture des beaux arts. Ce travail est pour la santé plus dangereux encore que la science. Il exige une bien plus grande exaltation de l'imagination, l'exercice d'une sensibilité bien plus exquise ; aussi Gretry, Sacchini, Mozart, furent-ils hypochondriaques.

Les anciens avaient remarqué déjà l'influence des travaux de l'esprit sur le développement des névroses gastriques ; Sénèque a dit : *Nullum est ingenium sine mixturâ dementiæ.* Ces affections nerveuses ont été fréquentes surtout aux diverses époques où les connaissances humaines ont été le plus cultivées, surtout chez les hommes qui ont le plus fait abus des facultés intellectuelles. Pascal, J. J. Rousseau, Bernardin de Saint-Pierre, Gilbert, Millevoye, Zimmerman, sont des exemples remarquables d'hypochondrie.

Causes morales. — Les passions contrariées, les déceptions doivent être mises en première ligne parmi les causes morales de l'hypochondrie.

Ainsi la perte d'une personne aimée, l'ambition déçue, une fortune renversée, une espérance anéantie, de fréquents accès de colère, l'envie, la jalousie, l'amour-propre profondément blessé, l'esprit de parti, les haines politiques, l'exil, les injustices, sont pour l'hypochondrie ou pour les affections nerveuses qui y conduisent autant d'occasions de se produire. Ce qui se passe de nos jours atteste que l'état moral morbide entraîne rapidement l'état morbide organique. A aucune époque on ne vit plus de névroses, plus d'hypochondries que depuis les événements de février, de mars, de mai et de juin.

Les douleurs de l'esprit se communiquent bientôt à tous les nerfs, à tout l'organisme, la circulation s'accélère ou s'arrête, notre sang s'allume ou se glace; les ravages produits par les chagrins sont d'autant plus grands qu'ils s'exercent sur des organisations plus irritables au moral comme au physique.

L'envie et la jalousie amènent entre toutes les passions les plus fâcheux résultats; c'est surtout lorsque la passion est éteinte que l'hypochondrie éclate; le système nerveux malade réagit alors sur l'imagination qui n'est plus en proie à la passion qui l'obsédait, et qui est devenue plus irritable.

A ces causes qui agissent sur l'encéphale de manière à produire ce trouble de l'imagination qui constitue le caractère spécial de l'hypochondrie, il faut ajouter : l'avarice, l'égoïsme, l'ennui, la honte, les remords, le repentir et les emportements. Les chagrins de la rivalité, les tristes effets des progrès de l'âge et la perte de leurs charmes, sont chez les femmes les causes les plus fréquentes de l'affection dont nous nous occupons. La peur de voir échouer une entreprise ou de perdre un emploi, l'obligation de suspendre ses occupations par une légère indisposition, l'appréhension plus ou moins fondée d'une maladie grave, l'expatriation, qui produit d'abord la nostalgie, la solitude, chez l'homme doué d'une imagination vive, les sectes mystiques, qui exaltent l'imagination en la transportant dans des régions imaginaires, voilà les circonstances qui déterminent le plus souvent l'hypochondrie.

Toutes ces causes produisent d'abord la mélancolie, puis surviennent des accidents nerveux, au cœur, à l'épigastre; le cerveau augmente d'abord son énergie, son activité; cette surexcitation détermine un afflux du sang vers l'encéphale, plus tard les vaisseaux souvent dilatés ne se rétablissent pas et le cerveau reste malade par suite de la congestion permanente qui s'établit dans l'organe. L'encéphale ainsi modifié agit de deux manières sur l'organisme : il modifie l'innervation en général, en augmentant la susceptibilité et l'irritabilité, puis il opère sur le cœur une puissante réaction, il ralentit, accélère ou pervertit son action, et des batte-

ments se font sentir dans les artères. L'encéphale réagit aussi sur les organes digestifs : l'appétit se perd, la digestion se fait mal et la gastralgie se déclare.

Ainsi surviennent tous les accidents nerveux qui concourent à former l'hypochondrie. Alors l'imagination affaiblie par les émotions morales, toujours en présence de ses tourments, interprète ces souffrances d'une manière vicieuse et trouve dans chaque symptôme l'indice d'une grave affection.

Causes pathologiques. — Toutes les lésions physiques du cerveau peuvent faire éprouver à cet organe des modifications susceptibles de le rendre plus ou moins apte à percevoir les sensations d'une manière vicieuse, et à déterminer son influence sur les organes de la circulation et sur ceux de la digestion. De simples congestions cérébrales chroniques amènent ainsi l'hypochondrie à leur suite.

B. *Causes qui agissent sur le système nerveux cérébral.* — Le système nerveux cérébral, sensible partout, reçoit toutes les impressions et les transmet au cerveau. Cette perception se nomme *sensation.* On distingue d'abord la *sensation générale*, répandue par tout le corps et mise en action par les propriétés générales des corps, puis les *sensations spéciales*, confiées chacune à un organe particulier. L'une s'exerce sur les couleurs, par l'œil ; l'autre sur les sons, par l'oreille ; l'autre sur les odeurs, par le nez ; la quatrième sur les saveurs, par la bouche ; et la cinquième enfin sur les qualités tangibles des corps, par l'organe du toucher.

Chaque fois que l'un de ces organes sera surexcité par des sensations trop vives, trop longtemps continuées, son mode normal de susceptibilité sera modifié, son impressionnabilité s'accroîtra aux dépens des autres parties du système nerveux. Des sensations anormales, pathologiques, frapperont douloureusement l'appareil d'innervation et la répétition de ces pénibles sensations, amenant un état de souffrance continuel, finira par ne plus transmettre au cerveau que des douleurs.

Ceci posé, nous rechercherons l'action des causes, d'abord sur le système nerveux en général, puis sur chaque sensation spéciale.

Nous rangerons les causes en trois groupes. Les causes hygiéniques, les causes pathologiques et les causes thérapeutiques.

Causes hygiéniques. — Elles comprennent les sensations anormales communiquées : soit à la périphérie, soit à l'intérieur du corps, par les agents incitateurs.

a. *Causes qui modifient la sensibilité générale. — Causes extérieures.* — Nous savons combien l'excès de travail trouble l'innervation chez les artistes et chez les savants ; le même effet sera produit chez l'homme livré aux professions manuelles s'il prolonge ses travaux trop avant dans la nuit, s'il ne donne pas à ses muscles

le repos nécessaire. Il survient dans ce cas une grande mobilité nerveuse ; si le repos n'améliore pas cet état, l'hypochondrie se déclare.

Le passage d'une vie active à une vie oisive provoque d'abord l'ennui ; une inquiétude névropathique s'empare de l'individu et cette névrose passe bientôt à l'hypochondrie.

Causes intérieures. — Action de ces causes sur les organes respiratoires. — Toute irritation de la surface des muqueuses pulmonaires peut produire des réactions sympathiques, rendre l'hématose incomplète, altérer le sang et par suite affaiblir le système nerveux.

Action de ces causes sur les organes de la digestion. — Tous les écarts de régime produisent une excitation anormale et une irritation sympathique sur l'appareil d'innervation. L'ingestion de substances qui ne sont pas en rapport avec l'idiosyncrasie de l'individu, amène à la longue le même résultat, soit en produisant d'abord de la gastralgie, soit en altérant sympathiquement le système nerveux, soit par les mauvaises qualités d'une chyle mal élaboré.

Les entozoaires, par les irritations continues de l'appareil de la digestion, amènent facilement l'hypochondrie; il en est de même des dyspepsies consécutives à certaines fièvres ou à certaines maladies chroniques du bas-ventre.

b. *Causes qui agissent sur chacun des cinq sens en particulier.* — L'action de ces causes peut être regardée comme douteuse; on conçoit néanmoins combien devront avoir d'influence sur le cerveau les principaux incitateurs des sens, quand ils s'éloigneront du rhythme normal de leur action.

Il se peut que les yeux, fatigués sans cesse par une lumière *trop vive* ou par le passage continuel d'une lumière vive à une profonde obscurité, acquièrent une plus grande susceptibilité, et finissent par réagir sympathiquement sur l'encéphale et sur le système nerveux ; mais je ne saurais trouver là une cause d'hypochondrie.

L'action sympathique d'une ouïe excessivement susceptible est plus évidente. Aussi les musiciens sont-ils doués d'une irritabilité nerveuse excessive et de la plus grande disposition à l'hypochondrie (1). Si la musique produit une semblable action sur le système nerveux, quelle irritation ne résultera pas pour le nerf acoustique, d'abord, et consécutivement pour tout l'appareil d'in-

(1) Royer, traité de l'action de la musique sur le corps humain, trad. par Sainte-Marie.

nervation, une répétition fréquente de sons aigus et discordants d'instruments faux ou maladroitement maniés.

Certaines odeurs trop fortes produisent, on le sait, diverses affections nerveuses; toutes peuvent conduire à l'hypochondrie.

Il est possible que des saveurs désagréables agissent d'une manière nuisible sur les nerfs du goût, mais on ne connaît point d'exemples d'une pareille cause d'hypochondrie. L'homme évite avec trop de soin ce qui ne plaît point à son palais.

Nous ne parlerons point des causes qui peuvent agir sur le toucher, ce sens peut être considéré comme faisant partie de la sensation générale sur laquelle nous nous sommes suffisamment étendu.

III. *Causes pathologiques.* — Une santé chancelante excite d'abord, puis vicie l'action de tous les nerfs. Quel que soit le siége primitif de la maladie, le malaise de la sensation anormale retentira dans toute l'économie par suite de la solidarité fonctionnelle des organes, et l'hypochondrie naîtra. Elle naîtra, quelle que soit la nature de l'affection, si celle-ci provoque une douleur continue.

Les inflammation et les névroses sont de toutes les maladies celles qui aboutissent le plus infailliblement à l'affection hypochondriaque.

Inflammation. — Les inflammations chroniques sont surtout à redouter ; il existe presque toujours un éréthisme nerveux, local ou général, qui dure assez longtemps pour produire l'hypochondrie.

Les inflammations des viscères abdominaux, du foie, de la rate, de l'estomac, du cerveau, du cœur et de ses séreuses, ont une action toute spéciale sur la production de la maladie.

Névroses. — Quel que soit leur siége, toutes les névroses peuvent être la cause de l'hypochondrie. Ainsi les névroses générales, la gastralgie, la cardialgie finissent par compromettre tout le système nerveux et l'imagination.

Causes agissant sur les actes de la vie organique. — L'action de ces causes est obscure parce qu'elle se passe dans l'intimité des organes, parce que leurs effets n'agissent que d'un manière générale sur le système nerveux et sur l'imagination. Ne produisant aucunes douleurs, ces causes paraissent moins bien déterminées que celles qui sont produites par les excitateurs directs du système nerveux cérébral.

Causes physiologiques et pathologiques. — Absorption. — C'est par l'absorption que s'introduisent les miasmes dont l'action longtemps prolongée se fait sentir sur le système nerveux et sur l'encéphale.

Les aliments contiennent-ils des principes nuisibles, c'est par

l'absorption gastro-intestinale qu'ils s'introduisent dans l'économie et qu'un chyle insalubre prend naissance.

Circulation. — La pléthore et l'anémie peuvent troubler l'innervation. Tout ce qui aggravera l'un ou l'autre de ces états pourra devenir cause indirecte d'hypochondrie.

La pléthore s'aggrave sous l'empire d'un régime trop succulent, par l'omission d'une saignée dont on avait contracté l'habitude, par la suppression d'une hémorrhagie habituelle.

L'anémie augmente pour les raisons opposées.

Il paraît que de toutes les hémorrhagies, les hémorrhoïdes sont celles qui jouent le rôle le plus actif. Stahl y attachait une grande importance. Les rapports des vaisseaux hémorrhoïdaux avec les vaisseaux des viscères de l'abdomen pourraient expliquer cette influence.

Sécrétions. — Si les sécrétions sont augmentées outre mesure, elles épuisent l'organisme, rendent le système nerveux plus irritable, et finissent par amener les vapeurs hypochondriaques.

Un excès d'allaitement, une salivation trop abondante, des sueurs excessives, une diarrhée chronique, une dyssenterie interne, la leucorrhée, le diabète, suivant M. Brachet, les sécrétions spermatiques exagérées (Tissot, Villermay, Fodéré, Foville, Deslandes, Oppenheim, Lallemand), sont des causes d'énervation qui amènent fréquemment l'hypochondrie.

Les effets nuisibles qui pourraient résulter d'une continence trop grande sont bien moins réels, quoi qu'en aient dit Galien, Comparetti, Tissot et Barras.

La suppression complète d'une sécrétion a souvent apporté dans l'organisme un grand trouble, et dans l'innervation en particulier les accidents propres à l'hypochondrie.

Les sécrétions pathologiques exposent aux mêmes inconvénients.

IV. *Causes thérapeutiques.* — Les purgatifs réitérés, l'abus des stimulants, des fondants, des narcotiques, l'emploi intempestif des astringents deviennent des causes fréquentes d'hypochondrie en déterminant la prédisposion nerveuse nécessaire à la maladie. L'opium et les fondants débilitent surtout l'estomac : les digestions s'altèrent, des embarras gastriques naissent en foule. Le principe narcotique agit de plus sur le cerveau. Du choc de ces deux effets peut jaillir l'hypochondrie.

Stahl, Tissot, Zimmermann et Buchan ont attribué le même effet pernicieux au thé et au café, mais il y a beaucoup d'exagération dans les faits qu'ils rapportent.

Récapitulation des causes de l'hypochondrie. — Les affections

morales, les contentions d'esprit, les dérangements de l'appareil digestif en sont les causes les plus ordinaires. L'âge, le sexe, la constitution, la profession, et les circonstances morales ou physiques dans lesquelles sont placés les individus augmentent ou diminuent infiniment la puissance avec laquelle agissent les causes.

Chez les jeunes gens, l'hypochondrie est due le plus souvent aux névroses du cœur, aux chagrins d'un amour contrarié, à la lecture de livres de médecine, à l'étude de cette science, aux abus vénériens.

Chez l'homme d'un âge mûr, l'hypochondrie est le résultat d'une vie sédentaire, des chagrins qu'entraînent les revers de fortune, d'une ambition déçue, d'espérances trompées, de peines domestiques, de travaux de cabinet, d'excès de table.

L'action des causes est toujours lente ; elles n'agissent jamais d'emblée.

La marche de l'hypochondrie n'est rapide que chez les hommes craintifs, chez lesquels il y a des prédispositions naturelles à l'affection.

Chez la femme, outre les causes qui lui sont communes avec l'homme, il en est qui lui sont particulières. Les dysménorrhées, les leucorrhées, l'âge critique, la jalousie, etc., servent fréquemment de point de départ à la maladie.

Nous avons dit comment certaines localités, certains pays prédisposent à l'hypochondrie, soit par les habitudes qui y régnent, soit par les institutions qui le régissent, soit par les vicissitudes climatériques.

L'abus des saignées, des stimulants, des purgatifs, des sudorifiques, finit toujours par déterminer une excitation générale qui est le premier pas vers l'hypochondrie.

En résumé, toutes ces causes agissent simultanément ou isolément et concourent d'une manière plus ou moins vive vers le même but.

§ VIII. — *Diagnostic.*

Cette question est importante par ses rapports directs avec la thérapeutique. L'hypochondrie est bien rarement une affection simple ; elle est presque toujours compliquée de désordres qui lui sont étrangers : de là, les erreurs de tant d'auteurs, de là, le vague de leurs descriptions, de leur diagnostic.

Grâce à la précision de la science moderne, il est impossible de confondre les symptômes pathognomoniques de l'hypochondrie avec ceux d'une foule d'altérations matérielles, ainsi qu'on le faisait autrefois.

De nos jours toutes les maladies sont parfaitement différenciées les unes des autres, et il n'existe véritablement dans la science que cinq affections avec lesquelles l'hypochondrie ait des points d'analogie. Toutes cinq ont leur siége dans le système nerveux cérébral et dans le cerveau. Ce sont la mélancolie, l'hystérie, la névropathie, la gastralgie et la nostalgie.

Nous allons succinctement énoncer les différences que présentent ces affections ; comparons d'abord la manière d'agir des causes.

Dans l'*hypochondrie*, une constitution nerveuse originelle ou acquise, le tempérament, les chagrins, les passions vives longtemps contrariées, les travaux de cabinet forcés, les longues maladies de quelques organes, et surtout du foie, du cœur, de l'estomac et de la rate, les névroses générales ou locales, faisant souffrir longtemps, agissent en première ligne.

Dans la *mélancolie*, ce sont les préférences injustes, les déceptions, les méditations sur toutes les injustices humaines, sur les persécutions du siècle, — la céphalalgie, la migraine.

La *nostalgie* est produite par une faiblesse de caractère naturelle ou acquise, par un mauvais régime, par l'éloignement de son pays natal.

Les causes de l'*hystérie* consistent dans une irritation nerveuse de plusieurs organes, de l'utérus en particulier, dans la suppression du flux menstruel, dans une passion vive contrariée, dans une nouvelle fâcheuse brusquement annoncée, produisant une émotion vive et subite, surtout chez les femmes.

La *névropathie* est due à une constitution éminemment nerveuse, à une éducation efféminée, à une trop grande mollesse, à la jouissance abusive des plaisirs de la vie, à l'abus de ceux de la société, aux jalousies ; c'est parfois une douleur purement locale ou produite par une affection physique. Elle est particulière, presqu'exclusive à la femme.

La *gastralgie* est surtout causée par les travaux de cabinet après le repos, par des chagrins prolongés, par des passions tristes, par l'abus des plaisirs vénériens, par les excès de table, par les indigestions fréquentes et par l'usage des alcoliques. Elle est souvent ou la cause ou l'effet de l'hypochondrie.

Si nous comparons les symptômes et les signes de ces affections nous trouverons des différences non moins saillantes.

Il y a dans l'hypochondrie : des douleurs plus ou moins aiguës, ressenties dans diverses parties du corps, surtout à la tête et à l'épigastre; des palpitations du cœur, des battements dans le centre épigastrique ; des borborygmes, des flatuosités ; des idées

noires sur toutes les sensations qu'on éprouve, et par suite créations fantasques de toutes sortes de maladies, préoccupation constante de ses souffrances ; à tout cela viennent se joindre la crainte de la mort, l'envie de guérir, la manie des drogues, la recherche avide des livres de médecine, ou des personnes dont la conversation roule habituellement sur ce sujet. N'oublions pas la bizarrerie extrême de caractère et l'affaiblissement des facultés intellectuelles concentrées sans relâche sur un seul point.

Il y a dans la *mélancolie* : dégoût profond du monde et de la vie avec tendance au suicide, jalousie occasionnée par les succès d'autrui ; indignation contre tout ce qui offense et paraît abus ; haine contre tout le genre humain ; interprétations vicieuses et fâcheuses des actes des autres hommes, plutôt que souffrances éprouvées ; mépris pour les médecins et pour les remèdes.

On observe dans la *nostalgie* : langueur, dégoût, faiblesse, perte d'appétit, soupirs fréquents, désir insurmontable de revoir ses foyers, fièvre nerveuse qui mine les malades.

Dans l'*hystérie*, on rencontre des crises brusques, plus ou moins fortes, avec contractions musculaires, spasmodiques, convulsives, locales ou générales ; des spasmes et des sensations analogues à celles d'un corps rond qui partirait de l'abdomen pour monter au larynx et y produire de l'étranglement ; la crise cesse pour toujours, ou revient par quelque cause morale ou physique. Les facultés intellectuelles prennent plus d'activité.

La *névropathie* est un état nerveux pathologique fréquent chez les femmes, pendant lequel elles éprouvent des douleurs dans presque toutes les parties du corps. Le moindre mouvement, les moindres émotions, les fatiguent excessivement et réveillent leurs souffrances. L'exercice des autres fonctions est régulier.

La *gastralgie* est caractérisée par les sensations pénibles et douloureuses de la région épigastrique, par l'inappétence, par les digestions troublées et s'accompagnant de gaz, d'éructations, et par la tristesse ; cet état amène souvent l'hypochondrie.

La marche et la terminaison de ces affectious ne diffèrent pas moins que leurs symptômes.

L'*hypochondrie* ne se développe que lentement et sous l'influence de causes qui durent longtemps ou se reproduisent. Son invasion est lente. Sa terminaison est rarement fâcheuse. Parfois cependant elle amène la démence, une lésion organique du cerveau ou de l'estomac.

L'invasion de la *mélancolie* est lente comme celle dont nous venons de parler ; sa marche est plus lente encore, sa terminaison indéterminée, elle n'est fâcheuse que lorsqu'elle conduit au suicide.

La marche de la *nostalgie* au contraire est rapide; elle se termine par la mort, ou par quelque maladie du cœur, de l'estomac, ou du foie, si l'espérance du retour ne vient pas soutenir le malade. L'air du pays natal, l'aspect de ses foyers lui apportent ordinairement la guérison.

L'invasion de l'*hystérie* est subite, la crise dure quelques instants ou quelques heures; la cause la plus légère en amène le retour. Tantôt elle disparaît complétement, d'autres fois elle laisse une grande irritabilité nerveuse. Elle ne se termine d'une manière fâcheuse que si elle se complique d'une attaque d'apoplexie.

La *névropathie* débute lentement; elle est déterminée par l'action persévérante de causes énervantes. Sa marche est modérée; elle laisse de longs intervalles de bien-être pour se reproduire souvent sans cause connue. Les intempéries l'influencent beaucoup, sa terminaison est très-rarement fâcheuse.

La *gastralgie* enfin, débute lentement, sa marche est irrégulière ou présente des alternatives de bien-être et de rechutes. Elle guérit d'ordinaire ou conduit à l'hypochondrie. Elle conduit à la mort si elle entraîne une lésion organique de l'estomac.

Des différences entre ces maladies existent aussi quant à leur siége et à leur nature.

Dans l'*hypochondrie*, c'est l'organe de l'intelligence, le système nerveux cérébral et celui de la vie organique qui sont le siége du mal. Le caractère de la maladie est beaucoup plus un désordre qu'une irritation dans l'exécution des actes auxquels président les organes de la vie.

Dans la *mélancolie*, l'organe seul de l'intelligence est le siége de l'affection. C'est une vésanie, un trouble spécial dans un ordre des actes de l'intelligence.

L'encéphale est le siége exclusif de la *nostalgie*; la nostalgie est une passion.

Dans l'*hystérie*, c'est le système nerveux cérébral, et le nerf pneumogastrique en particulier, qui servent de point de départ à la maladie qui est essentiellement spasmodique, et convulsive bien plus que douloureuse.

Le système nerveux cérébral est le siége exclusif de la *névropathie*. C'est un modification de l'éréthisme par faiblesse. Il y a énervation, mobilité et susceptibilité nerveuse bien plus qu'irritation.

Pour la *gastralgie* tout se passe dans l'estomac. Les nerfs vagues sont spécialement affectés. Les autres phénomènes sont sympathiques. Il n'y a primitivement ni inflammation, ni lésion organique.

Le pronostic de ces affections diffère aussi. Il n'est fâcheux pour l'*hypochondrie* que si celle-ci est constitutionnelle, et qu'il y ait quelqu'altération organique.

Il est fâcheux pour la *mélancolie* à cause de sa durée, et du suicide qui peut en résulter.

Il est favorable dans la *nostalgie* si le malade a l'espoir de revoir sa patrie.

Il n'est fâcheux pour l'*hystérie* que si un épanchement a lieu dans le cerveau.

Il n'est jamais fâcheux pour la *névropathie*.

Lorsque la *gastralgie* donne naissance à quelque lésion organique, son pronostic est défavorable ; mais par elle-même, elle a peu de gravité. Le traitement enfin diffère infiniment pour chacune de ces affections.

Dans l'*hypochondrie*, il faut diriger les moyens thérapeuthiques contre le moral, les nerfs malades, et les organes les plus spécialement affectés.

Dans la *mélancolie*, c'est sur le moral seulement qu'il faut agir.

Dans la *nostalgie*, on doit avoir recours aux consolations, aux promesses de faire revoir les pénates.

Dans l'*hystérie*, il faut éviter les émotions brusques, les contrariétés, et calmer le système nerveux cérébral.

Dans la *névropathie*, agissez sur le système nerveux cérébral à l'aide de moyens hygiéniques et thérapeuthiques.

Dans la *gastralgie*, il faut une diététique tonique, douce, fortifiante ; de la distraction et un exercice propre à favoriser la digestion.

§ IX. — *Marche de l'hypochondrie.*

Les symptômes de l'hypochondrie se développent progressivement comme les symptômes de toutes les autres maladies. Nous allons étudier dans quel ordre se passent ces phénomènes.

Les prodromes diffèrent suivant les circonstances qui donnent naissance à la maladie.

Parfois l'hypochondrie est annoncée par une prédisposition constitutionnelle; dans ce cas la bizarrerie et la singularité du caractère, les emportements pour des riens, les inégalités d'humeur, font prévoir l'affection. Un cause morale ou intellectuelle vient-elle à agir : la morosité devient plus marquée, le malade se chagrine de plus en plus et fuit la société. Bientôt après surviennent dans l'économie les mauvais effets des passions tristes. La circulation se ralentit, les grosses veines abdominales s'obstruent, la respiration devient plus lente, l'appétit se perd, la digestion s'accompagne

de pesanteur et de tension de l'estomac, de renvois, de flatulence.

Les prodromes seront les mêmes chez l'homme contrarié longtemps dans ses espérances, ou qui se sera livré trop assiduement aux travaux de cabinet.

Ces signes avant-coureurs ne constituent pas encore l'hypochondrie. Chaque jour le système nerveux devient plus irritable, plus souffrant ; ces sensations, provoquées d'abord par des excitations extérieures ou intérieures, finissent bientôt par devenir idiopathiques. Alors le malade, livré à ces sensations, les analyse ; son imagination les commente et finit par trouver autant de maladies qu'il éprouve d'impressions douloureuses.

Nous avons dit que toutes les hypochondries ne naissaient pas de la même manière. Il en est beaucoup dont la cause agit sur d'autres organes que sur l'encéphale. Cette cause peut être une maladie inflammatoire, une modification vitale dans un organe, s'il y reste de l'éréthisme, après la guérison, par l'harmonie physiologique qui unit tout l'arbre nerveux, le système sensitif entier se trouve bientôt surexcité, et vient prendre part à la maladie locale en la rendant en quelque sorte générale. Le trouble de l'organe primitivement malade vient ajouter au malaise général et produit une nouvelle série de symptômes agissant à la fois sur l'encéphale et sur les nerfs.

De toutes les affections, celles de l'estomac exerceront l'influence la plus grande sur la production de l'hypochondrie. A mesure que l'appareil d'innervation deviendra plus malade, à mesure que les digestions se feront plus péniblement, l'imagination s'égarera davantage ; elle s'exaltera d'abord, s'occupera des douleurs, puis les combinera, en calculera les effets et s'effrayera ; alors viendra la crainte des maladies, bientôt suivie des maladies elles-mêmes.

Parfois ces symptômes disparaissent momentanément pour reparaître ensuite plus terribles.

Ces prodromes peuvent durer des années. L'hypochondrie est-elle confirmée : si elle est *accidentelle*, le malade matériellement occupé de la souffrance de l'organe malade ne fait d'abord que la méditer ; mais la souffrance continue et le malade en vient au point de se livrer à toutes les interprétations d'un esprit égaré. Dans cette variété de l'affection, l'esprit est affecté fortement des maux qu'il craint, de ceux qu'il se crée ; l'imagination n'est occupée que de ces maux, la tristesse devient profonde et les accidents arrivent vite à leur *summum* d'intensité. Sa marche est régulière, sans alternatives, elle se termine parfois par la guérison. Dans ce cas le malade maîtrise son imagination, s'occupe de choses étrangères à ses souffrances ; peu à peu les moments de cette préoccu-

pation heureuse deviennent plus fréquents, il s'amuse aux distractions, le monde lui plaît, il régularise son traitement, et il obtient un succès complet.

D'autres fois le contraire arrive, la maladie devient chronique, parce que l'organe d'abord affecté devient le siége d'une altération organique.

Le malade atteint d'hypochondrie constitutionnelle interprète, exagère, métamorphose suivant le bon plaisir de son imagination toutes les bizarreries nerveuses qu'il éprouve. Il cherche avec avidité le récit des plus étranges maladies, il consulte tout le monde sur ses maux qu'il exagère, et croit bientôt être atteint de toutes ces affections dont-il trouve les noms dans les dictionnaires de médecine; il s'imagine avoir la tête vide, le cerveau desséché, tordu ; il pense que son cœur est paralysé, anévrysmatique, désorganisé ; il le sent rempli de polypes, d'eau ou d'air.

Il porte, affirme-t-il, un cancer ou une perforation à l'estomac ; ses intestins sont noués, troués, bouchés, et son esprit ne s'arrête pas dans cette voie.

Il est impatient, colère, tout lui fait ombrage; il commence mille remèdes et n'en achève aucun, car il perd vite confiance. Il veut guérir et manque de persévérance dans les moyens de guérison.

Les organes des sens acquièrent bien souvent une exaltation extraordinaire, leurs fonctions se pervertissent même au point de produire toute espèce de sensations illusoires, d'hallucinations.

Plus tard à cet état succède une sorte de paralysie de ces organes : les impressions ne sont plus perçues que difficilement. Ce phénomène n'est parfois que momentané.

Plus tard encore des palpitations, des défaillances, des syncopes surviennent. Les malades s'étonnent et s'effraient, il leur paraît que leur vie va s'éteindre. Ils perdent l'appétit, choisissent des aliments indigestes ou bizarres, et comme on le pense bien, la digestion devient lente, elle ne s'opère plus qu'avec un sentiment de pesanteur dans l'épigastre. Il existe des flatuosités fatigantes. La constipation survient enfin.

Presque toujours ces phénomène sont accompagnés d'une petite toux sèche; les mouvements musculaires deviennent plus raides, le malade craint de bouger, et bientôt il perd ses forces. Il maigrit et son corps prend un aspect tout particulier.

Cet état dure longtemps, souvent il présente des alternatives fréquentes d'améliorations et de malaises ; parfois ces alternatives sont intermittentes.

Les rechutes deviennent de jour en jour plus intenses. Le ma-

lade s'affaiblit et son imagination se déprime de plus en plus : il écoute son sang circuler, son cœur battre, son estomac digérer ; pour mettre un terme à ses maux, pas de moyen qu'il n'emploie, pas d'oracle qu'il ne consulte, pèlerinages, charlatans, médecins, pharmaciens, diseuses de bonne aventure, tout a son tour. Les hallucinations sensoriales deviennent plus fréquentes, la raison se trouble, la mémoire se perd, et souvent des lésions physiques réelles viennent encore exaspérer cet état. Le cerveau se congestionne fréquemment, tous les phénomènes vont croissant de jour en jour, d'heure en heure.

Une chose bien remarquable, c'est que l'organe sur lequel ces malades fixent le plus leur attention, finit presque toujours par devenir la proie d'une lésion organique, qui termine enfin une existence bien amère au milieu des douleurs de cette nouvelle maladie.

On pourrait supposer, croyons-nous à juste titre, que cette lésion organique n'est point amenée par l'éréthisme perpétuel déterminé dans l'organe par l'imagination. Nous pensons qu'elle se prépare depuis bien longtemps dans l'organe, et que chez l'hypochondriaque dont la sensibilité est partout exagérée, il y a perception du travail morbide qui s'opère. Alors il est tout simple qu'il fixe sur cet organe une plus grande attention que sur un autre, et que l'on finisse par trouver une lésion dans le point vers lequel l'imagination se dirigeait avec le plus de persistance.

Comment, en effet, cette dernière en se fixant sur le cœur produirait-elle un anévrysme, en se fixant sur le poumon un phthisie, en se fixant sur l'estomac, un squirre ? — Cela est inconcevable.

Périodes de l'hypochondrie. — On distingue trois périodes bien caractérisées dans la maladie.

La première comprend les prodromes et l'invasion de la maladie.

Cette période est plus longue pour l'hypochondrie constitutionnelle que pour l'hypochondrie accidentelle.

La deuxième période comprend la maladie depuis son invasion jusqu'aux changements qui annoncent que l'hypochondrie va se terminer d'une manière quelconque.

Elle est fort longue, surtout dans l'hypochondrie constitutionnelle. On conçoit du reste l'influence des causes sur la durée de cette période.

La troisième période commence au moment où le changement des phénomènes s'opère en bien ou en mal.

Elle s'accompagne souvent de rechutes. Elle est longue ou courte, suivant les causes de guérison, suivant l'idiosyncrasie de l'individu.

Lorsque l'affection doit marcher vers une terminaison heureuse, les accidents diminuent, le malade commence à diriger un peu plus son attention sur des objets étrangers à ses maux. Si la maladie fait craindre une fâcheuse terminaison, la troisième période comprend tout ce qui commence avec l'aggravation des symptômes et ne finit qu'avec la vie.

La marche de l'hypochondrie varie suivant chaque individu, suivant les époques de l'année, suivant la période à laquelle elle est arrivée; elle présente souvent des exacerbations; à l'âge critique, par exemple, le régime, les travaux de certaines professions, suffisent pour modifier ses allures.

Parfois certains désordres fonctionnels dominent, tantôt dans les facultés intellectuelles, tantôt dans les organes des sens et des sensations, dans les fonctions du cerveau, du poumon, du cœur, de l'estomac et des membres.

Il est bien entendu que toutes les causes qui auront produit l'hypochondrie ou qui tendront à amener sa guérison, modifieront en mal ou en bien la marche de la maladie.

Rechutes. — Lorsque la maladie après avoir été guérie reparaît, elle passe de nouveau par les phénomènes qui ont caractérisé son début. Cette rechute est toujours plus longue que l'hypochondrie primitive. La modification nerveuse ne s'étant pas en effet dissipée, la susceptibilité reste très-grande et laisse une grande prédisposition à recevoir vivement les impressions qui viennent réveiller, relever la maladie.

Cette susceptibilité du système nerveux est semblable à celle de tous les autres organes, qui, lorsqu'ils viennent d'être guéris d'une inflammation, conservent longtemps encore une forte tendance à contracter de nouvelles phlegmasies.

§ X. *Terminaisons et pronostic de l'hypochondrie.*

L'affection hypochondriaque termine sa marche de cinq manières différentes : 1° par le retour de la santé; 2° par la mort; 3° par la conversion en une maladie organique; 4° par la conversion en un genre quelconque de folie; 5° par le passage à l'état chronique.

Le pronostic de cette maladie n'est pas aussi fâcheux que le pensait Tissot, ni aussi favorable que le disait Baglivi. Il est d'autant plus grave que l'hypochondrie dure depuis un temps plus long et que l'individu peut être moins facilement soustrait aux causes qui l'ont amenée.

1° *Terminaison par le retour à la santé.* — Cette terminaison est commune. Elle se manifeste aussi bien dans la deuxième pé-

riode de l'hypochondrie constitutionnelle que dans la première, mais elle est plus facile dans le premier cas que dans le second. Quant à la troisième période, tant que la lésion de texture est superficielle, légère, comme dans la congestion sanguine ou la phlegmasie, il est permis de concevoir l'espérance de la guérison ; quand la lésion est profonde, quand les tissus sont dénaturés, quand il y a lésion organique, la mort est inévitable.

Il en est de même pour l'hypochondrie consécutive, son pronostic est plus favorable encore.

C'est ici le moment de nous occuper des *crises*, des phénomènes susceptibles de juger la maladie. Cette doctrine, suivant M. Dubois, n'est pas applicable à l'hypochondrie, les crises ne mettent fin, d'après lui, qu'aux phénomènes secondaires. Il nous paraît que M. Dubois a tort, au moins pour l'hypochondrie consécutive, puisque l'hypochondrie dans ce cas est engendrée par des lésions corporelles. Il est évident qu'un phénomène pathologique quelconque, en *jugeant* cette affection, doit *juger* consécutivement le dérangement de l'esprit. Zimmerman, Boerhaeve, Hein, Reil, Kampf, Stahl, Klem, Hartman l'ont surabondamment prouvé en donnant des observations dans lesquelles l'hypochondrie disparaît à la suite d'une crise.

Quand le malade est guéri, il est rare qu'il reprenne promptement une santé parfaite ; il survient une rechute à la moindre cause. Dans la guérison complète, ou dans l'intervalle des accès, l'esprit revient à l'état normal, et retrouve la gaîté, le calme de l'imagination.

2° *Terminaison par la mort.* — La terminaison par la mort est due parfois à une méningite ou à une encéphalite occasionnée par la passion hypochondriaque ; celle-ci donne lieu à la congestion et à l'inflammation des membranes du cerveau, car la frayeur d'être attaqué d'une maladie mortelle est très-susceptible de réagir sur le physique.

Cette terminaison est rare, surtout de la manière que nous venons d'indiquer. Quand la mort survient, c'est le plus ordinairement une maladie secondaire, une complication aggravante qui vient interrompre d'importantes fonctions et accélérer la marche de la maladie vers une terminaison fâcheuse.

3° *Terminaison par conversion en une autre maladie.* — Souvent l'hypochondrie cesse quand surviennent la phthisie, un cancer, ou toute autre dégénérescence : c'est le sentiment de Reil et de J. Frank. Nous avons dit ce que l'on devait penser de ces hypochondries qui tournaient en maladies organiques. La gastrite chronique termine parfois l'affection hypochondriaque.

4° *Terminaison par la folie.* — Aux divagations imaginaires des hypochondries peuvent succéder soit la manie, soit le délire général, soit de la lypémanie; alors son type spécial s'évanouit pour faire place à l'aliénation mentale.

5° *Terminaison par l'état chronique.* — C'est l'apanage ordinaire de l'hypochondrie idiopathique. L'hypochondrie consécutive peut devenir chronique s'il existe une prédisposition antérieure à la maladie et si l'influence des causes est constante, ou bien si les rechutes surviennent fréquemment; alors l'appareil cérébro-nerveux sans cesse modifié en conserve l'habitude et passe à l'état nerveux pathologique chronique.

§ XI. *Complications.*

Les coïncidences qui ne résultent pas de l'hypochondrie, et qui se combinent avec elle de manière à suivre ses progrès, portent le nom de complications. Leurs phénomènes restent distincts de l'hypochondrie; on peut toujours les reconnaître et faire à chaque affection la part de ceux qui lui appartiennent.

Les hypochondriaques peuvent offrir quelques-uns des symptômes de l'hystérie, et présenter des désordres appartenant à divers genres de folie ; ils se figurent être morts comme se l'imaginaient le prince de Condé et Philippe V (1), ils sont la dupe d'hallucinations, quelques-uns sont affectés de monomanie homicide ou de lypémanie suicide.

Mais la gastralgie et la mélancolie sont de toutes les complications les plus fréquentes, les plus intimes.

L'épilepsie, les hémorrhoïdes, les phlegmasies intestinales, la goutte, le rhumatisme, sans être de véritables complications, peuvent cependant marcher de front avec l'hypochondrie.

Chap. III. — *Thérapeutique de l'hypochondrie.*

§ I. *Historique.*

C'est à cette partie de l'étude de la maladie que les gens les plus malheureux du monde devront le retour à la santé. En conséquence rien de plus important.

Aucune maladie ne réclame plus de soins bien entendus. Aucune affection n'a présenté autant de vicissitudes dans son traitement. La manie de tous les siècles a été de chercher un spécifique contre telle ou telle maladie : l'hypochondrie n'a pas échappé à cette règle; de plus les théories régnantes, soit sur l'action des remèdes, soit sur la nature de l'affection, ont tour à tour été mis à

(1) Voyez Mémoires de St-Simon, t. VII, p. 125-126, et Mém. secrets de Duclos, œuv. compl. t. VII, p. 157.

contribution. L'empirisme s'est joint à cela, rien de plus curieux que cette histoire aux différentes époques de la médecine.

Avant Hippocrate, les pèlerinages aux autels d'Esculape étaient le grand moyen. Les temples de Saturne, construits aux deux extrémités de la fertile Egypte, n'attiraient pas moins d'offrandes et de visiteurs. Les jeux, les plaisirs, les concerts, les chants, les fêtes et les promenades sur le Nil, étaient bien propres à agir sur des nerfs abattus, sur une imagination malade et blasée. Les idées religieuses, alors dominantes, secondaient merveilleusement ces pratiques hygiéniques.

Lorsque vint Hippocrate, la médication unit sa puissance à l'hygiène : il conseilla les purgatifs, un régime humectant, l'abstinence des huiles et des corps gras, la tempérance et une gymnastique modérée.

Les successeurs de ce médecin immortel ne parlent pas du traitement de cette maladie.

Celse conseille la distraction, la lecture à haute voix, le séjour à la campagne, les voyages et les exercices de toutes espèces. Il veut qu'on cherche en même temps à réparer les forces digestives par un vin généreux. Il insiste beaucoup sur l'usage du bain et sur les frictions.

Alexandre de Tralles accorde la plus grande confiance au régime, à l'aide duquel il assure avoir guéri plus de malades qu'avec les remèdes. Le petit-lait, les sucs et les bouillons d'herbes : voilà ses grands moyens.

Cœlius Aurélianus blâme avec beaucoup de justesse l'usage trop suivi de son temps, d'une grande quantité de remèdes, de purgatifs, de moyens excitants. Il veut qu'on ne néglige rien de ce qui peut distraire les malades.

Le traitement de Galien est tout à la fois pratique et philosophique. Lorsque la maladie est à sont début, dit-il, des bains fréquents, un régime doux suffisent. Si les symptômes sont plus graves, une médication plus active est nécessaire. Il faut alors évacuer l'atrabile.

Arétée conseille les toniques et différents évacuants contre les humeurs viciées. Il considère la distraction comme un puissant auxiliaire du traitement.

Paul d'Egine allie la médication morale à la pharmacie. Il en est de même d'Aëtius. Tous deux portent leur attention sur les suppressions d'hémorrhagies. Suivant eux, les bains, les humectants, l'exercice, les sangsues, les sudorifiques, les distractions ramènent la santé.

Les arabes, possesseurs de tous les remèdes aromatiques et

actifs de l'Inde, firent dans le traitement de l'hypochondrie ce qu'ils avaient fait pour toutes les autres maladies : ils y introduisirent leur thérapeutique alexipharmaque toute entière.

A l'époque de la renaissance des lettres, la chimie et la mécanique envahirent les sciences ; une foule innombrable de recettes encombrèrent la thérapeutique de remèdes nouveaux.

Jean Craton prescrivit une préparation de perle, de chrysolite, de miel rosat, de sirop de bourrache, d'eau de bourrache et de cannelle. Le sirop de pomme avec l'ellébore, quelques apéritifs, tels que la grande et la petite centaurée, des applications continues de cérat opiacé, des lotions faites sur la tête avec infusions de marjolaine, de cabaret et de verveine, étaient des remèdes habituels contre l'hypochondrie. Il proscrivait tous les remèdes actifs et se contentait, quand il voulait tenir le ventre libre, de séné préparé avec les raisins, la violette ou la bourrache. Il recommandait enfin beaucoup de modération.

Fernel ne tarit point sur les éloges qu'il donne à la décoction de cerises desséchées, ce qui ne l'empêchait pas de prescrire bon nombre de remèdes.

Rondelet vante beaucoup l'opération du trépan comme moyen curatif de l'hypochondrie. L'application de cautères sur la suture coronale et l'aunée étaient, suivant lui, deux puissants adjuvants de la trépanation.

Montanus connu par ce précepte : *fuge medicos et medicamina, et sanaberis*, recommandait cependant la rhubarbe et la térébenthine, les frictions faites soir et matin sur les membres, et l'application de la peau de vautour sur la poitrine. Il insiste particulièrement sur les moyens hygiéniques rationnels.

Platerus conseille les toniques et les stimulants aromatiques, le vin, les antispasmodiques et les frictions faites avec une huile aromatisée.

Heurnius recommande les purgatifs et les saignées.

Rhodius pense comme Rondelet.

Rivière admet trois indications. Ouvrir les obstructions, par les préparations chalibées, corriger l'intempérie des viscères par les antispasmodiques, les aromatiques et les toniques, et évacuer l'humeur peccante par les dépuratifs et les laxatifs. Il ne dit pas un mot de la direction du moral.

Sennert conseille les vomitifs, les purgatifs ou les minoratifs pour évacuer les humeurs des premières voies ; les fondants, les martiaux et les résolutifs pour dissiper les engorgements de la rate et des viscères ; les évacuations sanguines, la provocation des hémorrhoïdes dans les cas de pléthore, ou de suppression d'un flux

sanguin habituel. Il recommande enfin les ferrugineux et l'usage des eaux thermales en cas de faiblesse.

Rodericus attribue beaucoup d'efficacité aux boissons douces, et au séné en pilules ou bouilli avec le petit-lait.

Sanctorius insiste sur un régime végétal, sur les boissons douces, sur les diaphorétiques, les sudorifiques et l'exercice.

Baillou défend tout d'abord l'abus des médicaments. Il recommande un régime doux, humectant, délicat ; la faim et l'abstinence étant fort préjudiciables aux hypochondres, il leur conseille de manger souvent et peu.

Zacchias cherche les moyens d'agir contre chacune des infinies modifications de la maladie. Le fer, les antispasmodiques, le sel de tartre et la cannelle, les bains, le lait, l'hygiène, les distractions sont tour à tour invoqués par lui.

Willis paie un large tribut à la polypharmacie de son époque. Il faut suivant lui : évacuer par les purgatifs et les vomitifs les saburres des premières voies, attaquer par les fondants et les résolutifs les engorgements de la rate, combattre par les tempérants l'effervescence du sang, et ramener enfin les nerfs à leur état normal par les aromates et les antispasmodiques.

Burnet a reproduit toutes les formules contemporaines contre l'hypochondrie.

Michaëlis applique les principes de Sennert.

Hartmann trouve dans la poudre de fumeterre et dans le produit de la distillation d'une foule d'aromates avec le vin de Rhin, deux puissants remèdes contre l'hypochondrie.

Vieussens, le représentant pur de la vieille école humorale, prescrit les bouillons dépuratifs, les saignées, les sucs d'herbes, les évacuants par le haut et par le bas, et les ferrugineux.

Suivant Sydenham, la principale indication à remplir est de donner de la force, de la qualité au sang qui fournit les esprits animaux ; et comme le cours irrégulier de ceux-ci a pu altérer les humeurs, il convient, avant tout, d'en diminuer la quantité par la saignée et la purgation.

Stahl rapporte toute la maladie aux hémorrhoïdes, et dans le traitement reste fidèle à ce principe : il prescrit l'aloës et les sangsues.

Frédéric Hoffmann réduit à quatre indications la thérapeutique de l'hypochondrie. Evacuer la matière flatueuse, apaiser les spasmes, dissiper les humeurs croupissantes, et fortifier le système nerveux par l'exercice et par la distraction.

Boerhaeve cherchait à désobstruer les viscères abdominaux ; il conseillait l'évacuation et la neutralisation des acrimonies par les

savoneux, les remèdes hépatiques, les anti-hypochondriaques, les sels neutres, les laxatifs, les mercuriaux, les vomitifs, les évacuants, les saignées, les bains, les emplâtres, les boissons abondantes, le tout employé prudemment.

Van Swieten, tout en laissant percer sa prédilection pour le musc à haute dose, précise et commente le degré d'utilité des diverses prescriptions de son maître.

Dumoulin veut que l'on commence par détruire les causes manifestes. Il convient, selon lui, d'éloigner les corps irritants des nerfs, de rétablir les hémorrhagies supprimées, de rouvrir un cautère fermé, de corriger le sang par les apéritifs.

Baglivi veut qu'on remonte à la cause de la maladie, telle serait la pléthore; il veut qu'on recoure aux moyens les moins irritants, l'estomac étant toujours irrité. Il recommande tout ce qui peut agir sur l'imagination.

Cheyne voit trois indications à remplir. Adoucir et délayer les humeurs, fondre les concrétions dont les vaisseaux sont obstrués, enfin tonifier les solides. Il propose pour atteindre ces résultats successifs : 1° le mercure, l'antimoine, les sudorifiques, les alcalis, les plantes âcres et savoneuses, la valériane; 2° le galbanum l'assa-fœtida, la myrrhe, le castor, l'ambre, l'ail, etc. ; 3° les amers, les aromates, les ferrugineux, les astringents.

L'exercice et un bon régime doivent corroborer cette médication.

Mead propose d'évacuer et de corroborer les humeurs viciées; il conseille à cet effet les fondants et les incisifs. Suivant lui, tous les exercices du corps sont nécessaires.

Schacht s'oppose énergiquement aux remèdes irritants, et insiste sur l'exercice et l'hygiène.

Gorter veut que le malade soit sans inquiétude, sans application d'esprit, qu'il s'exerce beaucoup et vive sobrement. On lui prescrira les stomachiques et les laxatifs. On corrigera les humeurs âcres par un long usage des martiaux.

Hunauld conseille les saignées, les émétiques et les purgatifs d'abord, puis les toniques, les résolutifs, les incisifs et les antispasmodiques ; l'hygiène ne vient qu'en seconde ligne.

Raulin veut l'exécution de tous les préceptes de l'hygiène. Pour procéder à la cure en elle-même, il examine l'état des nerfs et la cause prochaine de leur affection, et c'est là-dessus qu'il établit le traitement pharmaceutique. Le galbanum, le castoréum, l'opoponax, le bdelium, l'assa-fœtida, l'opium étaient fréquemment employés par lui.

Maria guérissait l'hypochondrie par de violents vomitifs, par les

éméto-cathartiques et par les purgatifs. Il donnait les plus grands éloges au lierre terrestre.

Sauvages donne d'abord des préceptes relatifs à l'hygiène, surtout sur celle du moral ; il ne conseille que les remèdes adoucissants, les humectants et les relâchants. Dans l'hypochondrie qu'il nomme bilieuse, il prescrit les rafraîchissants et la saignée ; dans son hypochondrie sanguine, les purgatifs ; dans la mélancolique, les bains, les fortifiants et les calmants ; dans la pituiteuse, les toniques et les ferrugineux ; il faut en outre éliminer les humeurs par l'usage de fréquents laxatifs.

Lecamus trouve toute la médication dans la sage direction de l'hygiène et surtout dans celle qui a le plus de rapport avec le moral.

Lorry n'omet rien de ce qui peut concourir à prévenir la maladie ou à la guérir. Il montre beaucoup de confiance pour les antispasmodiques et pour les moyens doux. Il s'attache du reste aux indications particulières qu'exigent les formes différentes sous lesquelles la maladie se présente.

Whytt commence par attaquer les causes. Il administre ensuite les toniques, et ajoute la plus grande importance aux soins hygiéniques. Les accidents nerveux sont combattus par les antispasmodiques. Il s'occupe aussi avec infiniment de soin des médications particulières qu'exige la prédominance de certains phénomènes, tels que les mouvements convulsifs, les syncopes, la gastralgie, les indigestions, les coliques, la constipation, l'asthme, les palpitations de cœur, les évacuations excessives, les maux de tête, l'abattement et le découragement. Il n'accorde du reste qu'une importance secondaire aux médicaments ; les moyens moraux sont ceux qu'il préconise de préférence.

Pressavin cherche à remplir quatre indications principales : tonifier les solides, rétablir la fluidité des humeurs épaissies, adoucir l'acrimonie des humeurs, et supprimer enfin la raréfaction des liquides dont l'expansion force le ressort des vaisseaux et concourt par là à augmenter leur faiblesse. L'exercice, les bains froids, les boissons froides, les toniques, les délayants, sont les divers moyens employés par lui pour parvenir à ces résultats. Il regarde comme bien essentiel de combattre les engorgements du foie.

Dufour commence par donner les préceptes généraux les plus sages sur tout ce qui concerne les moyens hygiéniques.

Dans l'hypochondrie sanguine les saignées préparent l'efficacité des laxatifs, des émollients et des narcotiques. Dans l'hypochondrie bilieuse il ne conseille que les saignées et les délayants. Dans l'hypochondrie pituiteuse il prescrit les toniques, les purgatifs

âcres, les voyages, les eaux minérales. Dans l'hypochondrie mélancolique tous les adoucissants sont indiqués. Contre les obstructions, il conseille les fondants ; s'il y a asthme, phthisie, il insiste sur l'emploi des moyens les plus doux.

Porne s'oppose aux remèdes forts et violents qui *tendent*, *raccornissent* le système nerveux; or il faut relâcher ce dernier : ainsi les solides reprendront leur ressort, leur ton deviendra régulier, les fluides qui les animent entretiendront l'harmonie. Il prescrit donc les délayants et les humectants.

Tissot veut qu'on s'applique à remédier à la mobilité et à la faiblesse de l'action nerveuse. Le temps, l'exercice et les toniques sont trois moyens sur lesquels il compte beaucoup.

Buchan établit que dans l'hypochondrie le but principal doit être de fortifier le canal alimentaire, et d'exciter les sécrétions. Ses moyens pharmaceutiques sont : les ferrugineux, le quinquina et les évacuants.

Lieutaud veut que l'hypochondre ne suive aucun traitement médical ; le traitement ne fait le plus souvent qu'empirer son état. Aucun médicament, selon lui, ne vaut les humectants, les délayants et les tempérants. Les apéritifs, les nitreux, les martiaux, les antispasmodiques ne font que pallier momentanément le mal. Comme remèdes, il ne connaît rien de meilleur que la dissipation, l'exercice et les voyages.

Stoll recommande un régime convenablement dirigé ; s'il y a inflammation, on s'en tiendra aux adoucissants, aux lubréfiants, aux émollients, et à quelques évacuations sanguines ; s'il y a saburre on n'emploiera que les laxatifs ; les opiacés doivent être rejetés comme mortifiant le système nerveux au lieu de le tonifier.

Bordeu traitait l'hypochondrie par les eaux minérales et par les moyens hygiéniques.

Révillon essaya deux remèdes : les sudorifiques et l'électricité.

Cullen conseille presqu'exclusivement les antispasmodiques, l'opium et l'assa-fœtida. Pour tonifier les nerfs, il prescrit les martiaux ; il insiste sur l'exercice, sur un bon régime, sur les bains froids, sur les eaux minérales et sur la bonne direction du moral, soit en continuant des occupations habituelles, soit en en créant d'autres qui leur fassent diversion.

Comparetti variait son traitement d'après les variations de la maladie. Les calmants, les antispasmodiques, l'opium, puis les toniques, l'exercice, les distractions, voilà la bases de sa thérapeutique.

J. P. Frank ne conseille guère que les eaux minérales sulfureuses, quelques toniques, les vomitifs et les moyens hygiéniques,

surtout ceux qui appartiennent à la classe des *gesta* et à celle des *percepta et animi pathemata.*

Pinel n'a recours qu'aux moyens hygiéniques propres à distraire et à fortifier le malade.

Loyer-Villermay fait figurer en première ligne dans son traitement les moyens hygiéniques, moraux. Les moyens thérapeutiques viennent en seconde ligne. Il fait à chaque circonstance l'application de ce qui convient le mieux, soit pour combattre la cause, soit pour dissiper les phénomènes prédominants soumis eux-mêmes à mille particularités de causalité, de localité, de saison; soit enfin pour lutter contre les complications qui aggravent ou entretiennent la maladie. Il jette ensuite un coup d'œil sur les moyens de prévenir les rechutes et d'établir une sorte de prophylaxie.

Georget et Fabret pensent que les moyens hygiéniques fournissent les principales, et souvent les seules ressources thérapeutiques contre l'hypochondrie.

Broussais et son école la combattent par les émissions sanguines.

Johnson ne cherche qu'à faire disparaître la trop grande irritabilité de l'estomac.

M. Roche pense que l'hypochondrie réclame plutôt des moyens hygiéniques que des médicaments. C'est par le régime, l'exercice, l'air de la campagne et les moyens moraux, qu'on en obtient en général la guérison.

M. Dubois, d'Amiens, n'adopte que les préceptes relatifs à l'hygiène morale. Il veut néanmoins que l'on s'attache d'abord à combattre l'effet des causes premières dans la première période, et que dans la seconde, on ait recours à la fois à un traitement intellectuel et à une médication propre à arrêter les névroses.

M. Barras insiste beaucoup sur le régime alimentaire. Au besoin il recourt aux calmants, aux laxatifs, aux toniques.

J. Franck divise son traitement en deux parties : l'une pour l'intervalle, l'autre pour les paroxysmes. La première consiste en préceptes hygiéniques. Dans la seconde il recommande au médecin de gagner la confiance du malade, d'employer en même temps une foule de remèdes curminatifs, purgatifs, toniques. Il veut que l'usage des remèdes soit continué longtemps pour qu'ils aient le temps d'agir.

M. Michéa désire que dans l'hypochondrie idiopathique le médecin s'en tienne aux moyens moraux, et que dans l'hypochondrie symptomatique on combatte les causes premières.

M. Brachet, de Lyon, décrit un traitement fort logiquement coordonné. Nous avons en grande partie suivi sa méthode; nous en parlerons plus loin. (*La suite à un prochain numéro.*)

DU TRAITEMENT DU CHOLÉRA D'APRÈS LES INDICATIONS INSTINCTIVES;

Par le docteur Delstanche.

Bruxelles, le 11 mai 1849.

Monsieur l'Inspecteur-Général,

Les faits qui viennent de se présenter à la maison de sûreté de Bruxelles sont d'une telle importance, que je ne pense pas pouvoir attendre l'époque de mon rapport trimestriel pour vous les communiquer. Le choléra spasmodique a pénétré dans la prison : les deux premières victimes nous sont venues de la succursale de la rue du Commerce; deux autres ont été frappées à l'infirmerie même.

Le premier cas s'est déclaré chez un enfant de onze ans, dans la nuit du 4 au 5 courant; transporté à l'infirmerie, il ne reçut les premiers soins que six heures au moins après le début du mal.

Le lendemain, à la même heure, le second nous arrivait, sept à huit heures après la manifestation des premiers symptômes.

Les mesures hygiéniques prises, immédiatement à la succursale qui nous les avait envoyés, paraissent ne pas avoir été inutiles, puisqu'aucun cas nouveau n'y a plus éclaté depuis.

Le 8, deux malades de l'infirmerie sont frappés presque en même temps et présentent tous les symptômes caractéristiques du choléra spasmodique. L'un était atteint depuis un an d'un ramollissement du cerveau; l'autre était réduit à un état de maigreur voisin du marasme, par suite de carie vertébrale et d'épanchement de pus dans l'abdomen. Ce dernier ne pouvait échapper à cette double affection; il a succombé, le 10 au matin, et l'autopsie vient de nous révéler, au docteur Gluge et à moi, tous les désordres que nous avions diagnostiqués avant l'invasion du choléra, ainsi que les caractères anatomiques bien tranchés de celui-ci.

L'enfant de onze ans, le premier atteint, était convalescent le 9; il a obtenu aujourd'hui la demi-portion.

Les deux autres, quoique dans des conditions beaucoup moins favorables, eu égard à leur état de santé antérieur, sont tous deux cependant en voie de guérison; c'est-à-dire que les symptômes cholériques ont complétement cessé, que les déjections ont perdu leur caractère spécifique, que le pouls qui avait disparu, comme chez le précédent, se développe de jour en jour, que la réaction dépasse à peine chez eux les limites de l'action physiologique, de sorte que je me crois en droit d'espérer une prompte convalescence (1).

(1) Mon espoir ne s'est réalisé que pour l'un d'eux, enfant de 18 ans, à poi

Quant aux moyens de traitement, je me suis entièrement écarté de la voie battue, pour en suivre une qui me semble infiniment plus rationnelle et qui offre en outre l'avantage de ne contrarier en rien, de ne point torturer les malades. C'est même là, je dois vous l'avouer, l'un des motifs qui me déterminent à entrer dans quelques détails sur le traitement de cette affection.

Je me suis demandé d'abord si les déjections des cholériques n'ont pas un but d'utilité pour le malade, et s'il est bien rationnel de chercher à arrêter ces évacuations. Car, s'il est vrai qu'il y ait viciation humorale, empoisonnement, dans le choléra, pourquoi ne point chercher à favoriser les sécrétions éliminatrices que la nature appelle à son aide? Que de souffrances, d'ailleurs, pour ces pauvres cholériques à qui l'on refuse les boissons fraîches qu'une soif ardente réclame! Quel supplice encore de leur imposer des boissons chaudes, des calorifères, des couvertures épaisses, qui leur inspirent une invincible aversion! Pourquoi cet impérieux instinct n'aurait-il point aussi son but, comme tous ou presque tous les autres instincts morbides? Avant de contrarier l'effort de la nature, il eût été plus sage, me semble-t-il, de suivre d'abord ses indications pour savoir où elle tendait. Mais non, on commence par se mettre en opposition avec elle; l'on s'étonne d'avoir des échecs presque constants, et ces échecs ne changent, ne modifient en rien la conduite de l'homme de l'art.

Sans me piquer d'une grande perspicacité, j'ai cru, et d'autres l'ont cru avant moi, qu'il fallait se rendre aux vœux des malades, surtout lorsqu'ils sont si ardemment exprimés. N'avons-nous pas, d'ailleurs, des faits concluants sous les yeux; *Le choléra sec*, c'est-à-dire exempt de toute évacuation, n'est-il pas presque constamment mortel? C'est là un fait bien reconnu : et nous voulons arrêter les sécrétions dans les cas où elles existent. Mais c'est une contradiction trop évidente! Je conçois parfaitement l'idée de provoquer des évacuations chez les cholériques qui en manquent; je ne comprends pas qu'on veuille les supprimer quand elles existent.

Je me suis donc rendu aux instances de mes malades. Ils me demandaient de l'eau fraîche, ils buvaient, le premier surtout, avec une avidité incroyable, vomissaient à flots après avoir bu,

trine déformée, qui vraisemblablement n'échappe au choléra que pour succomber prochainement à la phthisie pulmonaire; quant au second, il reste dans un état de stupeur, sans délire et sans fièvre, ne se plaignant que de faiblesse et réclamant avec instance des aliments auxquels il ne touche pas quand on les lui accorde. Mais quoi qu'il advienne de ces deux malades, le fait important à constater ici, c'est que la réaction s'est etablie chez eux sans le secours des excitants.

(*Les notes qui accompagnent cette lettre y ont été ajoutées, le* 21 *mai.*)

pour boire de nouveau et toujours avec la même avidité. L'enfant dont j'ai parlé buvait environ de 4 à 5 seaux d'eau dans les 24 heures. Les matières qu'ils rendaient n'étaient point de l'eau pure, mais de l'eau légèrement chargée d'albumine ; d'autres fois, elles avaient une teinte légèrement jaunâtre.

Les mendiants, nos quatre cholériques étaient des mendiants, ont, en tout temps, une répugnance indicible pour l'eau. Cette répugnance, ils la conservent d'abord dans le choléra. Chacun d'eux réclamait instamment de la tisane, mais bientôt ils demandaient de l'eau et s'y tenaient exclusivement.

Cette grande soif du reste ne dure guères (du moins chez les malades que j'ai observés) que 24 ou 36 heures. C'est sous l'influence des vomissements répétés et de l'eau fraîche ingurgitée à flots, que le pouls s'est relevé, que la peau s'est réchauffée chez chacun d'eux, que les urines se sont rétablies. Une chose bien remarquable, c'est que l'état de ces malades s'est d'autant plus promptement amélioré qu'ils ont bu davantage, qu'il ont eu des vomissements plus copieux (1).

J'ai même poussé la déférence pour les exigences des malades presque jusqu'au ridicule. L'horreur de la diète chez les mendiants est plus grande encore que celle de l'eau. Dès le lendemain de leur arrivée, les deux premiers me demandèrent à manger, ils le demandèrent à grands cris ; je finis par accorder un peu de lait frais ; ils le vomirent avec leur boisson et ils n'insistèrent pas davantage.

L'eau que les cholériques ingèrent, et qu'ils vomissent presque au moment même, n'est probablement pas rejetée en totalité ; une partie sans doute est absorbée et va remplacer la sérosité du sang éliminée par les sécrétions. Ainsi, élimination des matières viciées, absorption d'eau, et peut-être réfrigération des surfaces avec lesquelles elle vient en contact ; tel est peut-être le triple objet de ce besoin si impérieux d'ingestion d'eau fraîche.

Je dois en convenir, l'aversion pour les moyens destinés à ramener la chaleur à la peau n'a pas été portée, chez les sujets dont il s'agit, aussi loin qu'on l'a remarqué en 1832. Un de ces malades a supporté des cruchons chauds et des cataplasmes sinapisés pendant plusieurs heures, sans se plaindre. Les deux autres se sont révoltés au contact de ces objets comme au contact de l'eau

(1) Ce fait s'est vérifié chez les autres cholériques au nombre de onze, parmi lesquels deux douteux, admis depuis à l'infirmerie des Petits-Carmes. Ceux qui ont bu et vomi largement sont immédiatement arrivés à la période de réaction; trois seulement ont refusé de boire, ils ont cessé de vomir. La réaction n'a pu s'établir chez deux qui ont succombé, elle a eu grand'peine à s'établir chez le troisième et je crains également pour ses jours.

bouillante ; il a fallu les en débarrasser immédiatement, et je n'ai pas essayé de leur faire violence. La calorification s'est faite spontanément sans ces moyens (1).

Les frictions sèches ont enlevé les crampes ; les frictions camphrées ont produit le même résultat. Il est donc inutile de recourir à celles-ci, car elles ont l'inconvénient de gêner les malades, qui s'appliquent la bouche contre le traversin, pour ne pas respirer cette vapeur qui les suffoque (2).

Tout en cherchant à seconder les vues de la nature manifestées par l'instinct, on doit cependant essayer de se rendre compte des moyens par lesquels elle arrive à ses fins. Je me suis donc demandé quel pouvait être le but de ce besoin que semblent éprouver les cholériques, de recevoir le contact de l'air frais sur la plus grande surface possible. Je pense que cela dépend d'un besoin d'hématose, d'oxygénation du sang, comme on l'observe chez les individus dont la respiration est embarrassée, ou qui se trouvent dans une atmosphère trop raréfiée ; ceux-ci, en effet, cherchent l'air frais, découvrent leur poitrine, afin sans doute que le sang des capillaires cutanés subisse l'action chimique de l'air, comme il la subit à travers les parois d'une vessie.

Les fonctions respiratoires de la peau, dont j'ai parlé il y a longtemps à propos de la phthisie, ne peuvent plus être mises en doute. Il est vrai que la respiration est libre chez les cholériques ; le bruit respiratoire, c'est un fait que j'ai constaté chez les malades de la prison, et même plus franc, plus complet, qu'à l'état physiologique. D'où vient cela ? C'est que les poumons sont presque vides de sang, de sorte que le déplissement des vésicules est plus facile ; c'est que les branches et les vésicules qui en sont la terminaison sont, l'anatomie pathologique le démontre, dans un état de sécheresse inaccoutumé, et que l'air s'y précipite sans obstacle.

Mais le sang reçu dans les capillaires, pendant la période d'asphyxie, ne circule plus, il y est emprisonné, et pour que celui des capillaires de la peau se vivifie, il faut que l'air agisse directement sur lui ; et, plus cet air est froid, plus il est condensé, plus enfin il contient d'oxygène sous un volume donné, et plus il est propre à cette vivification. Telle est mon opinion, en attendant qu'on m'en présente une autre plus rationnelle. Voilà pourquoi je ne soumets pas les malades à une atmosphère qu'ils ne subissent que par la contrainte.

(1) Des onze malades arrivés depuis l'envoi de ma lettre, il n'en est aucun qui se soit refusé à l'application des corps chauds ; loin de là, le plus grand nombre a réclamé des couvertures supplémentaires.

(2) Je n'en ai plus fait usage depuis.

Quelles que soient du reste les idées que je viens d'émettre, toujours est-il que les résultats qui ont été la conséquence de leur application sont encourageants. Les faits, il est vrai, n'ont en général de valeur que par leur nombre, et je ne puis jusqu'à présent en présenter que trois en faveur de mon opinion ; mais au moins ils m'autorisent à m'en tenir à cette méthode de traitement, tant qu'elle ne sera point infirmée par des résultats opposés. Elle a en outre le grand avantage de n'exiger de la part du garde-malade qu'une intelligence fort ordinaire, puisqu'il ne s'agit en effet que de se rendre aux désirs du patient.

Il y a sans doute des cas où ces moyens ne suffiront pas. J'ai déjà parlé du choléra sec dans lequel les sécrétions sont suspendues, où l'organisme est subitement enrayé par la cause spécifique; il est probable que là, d'autres moyens d'action seront indispensables, l'ipéca surtout, auquel on accorde généralement une force de réaction considérable, et pourrait bien n'être redevable de cette propriété qu'à sa vertu vomitive, à l'élimination des principes délétères qui vicient l'économie (1).

A propos de réaction, j'ai constaté ce fait, que chez les individus traités par les seuls agents hygiéniques, la fièvre de réaction a été à peine sensible. En eût-il été de même, si j'avais eu recours primitivement à la méthode excitante ? C'est une question que l'avenir permettra sans doute de résoudre.

Jusqu'ici, il faut en convenir, les malades qu'il m'a été donné d'observer n'ont pas offert cet aspect hideux, cette teinte violette de toute la face, et cette sidération profonde, que j'ai observés chez un certain nombre de malades en 1832. La maladie était-elle plus grave alors qu'ajourd'hui, ou bien le traitement que j'ai institué a-t-il empêché la période asphyxique d'atteindre son plus haut degré? C'est ce que je ne puis préciser maintenant. Quoi

(1) Chez les deux seuls cholériques qui ont succombé jusqu'aujourd'hui 21 mai, j'ai cherché à provoquer la réaction qui tardait trop à se montrer, à l'aide de ce moyen, il n'a produit ni vomissement, ni réaction. C'est là le danger de cette médication, car si le vomitif ne produit pas l'effet attendu, il est à craindre qu'il ne vienne encore aggraver l'état du patient. C'est ce que je crois avoir observé dans les deux cas dont il s'agit.

Maintenant que de nouveaux faits ont un peu agrandi mon cercle d'observation, je suis porté à admettre que les vomissements ne favorisent pas seulement la réaction par l'élimination des matières viciées, mais qu'il y a dans l'acte même, dans la secousse produite par le vomissement, une cause de réaction, toute mécanique pour ainsi dire : c'est l'impulsion répétée du sang vers l'encéphale dont l'action se réveille sous l'influence de ce stimulant, tandis que dans la tendance opposée, les liquides se précipitent vers les viscères abdominaux, laissant le cerveau dans un état de vacuité complète. La circulation et l'hématose pulmonaires se raniment probablement aussi sous la pression répétée du diaphragme.

qu'il en soit, il faut reconnaître que les conditions dans lesquelles se trouvent nos détenus sont bien faites pour imprimer à la maladie un caractère fâcheux ; et cependant l'infirmerie des Petits-Carmes compte jusqu'ici presque autant de succès que de malades.

Je me ferai un devoir, M. l'Inspecteur-Général, de vous tenir au courant de tout ce qui est relatif à l'épidémie.

Je tiendrai à votre disposition les observations que j'ai recueillies avec le plus grand soin, et celles que je pourrais recueillir à l'avenir. (*Archives belges de médecine militaire*, mai 1849.)

DE LA CAUSE, DE LA NATURE, DU TRAITEMENT DU CHOLÉRA;

Par le docteur Stacquez.

Quelle est la cause du choléra-morbus? Je dis *la cause*, car pour le choléra, de même que pour le typhus, on ne peut admettre qu'une seule cause occasionnelle : toutes ces influences, ces conditions diverses qu'on a aussi invoquées, ne sont que prédisposantes.

Dans le choléra, on reconnaîtra une véritable intoxication par un principe miasmatique ; or, toutes les maladies produites par un principe miasmatique n'ont nécessairement qu'une seule et unique cause. Seule, elle suffira ; si elle manque, toutes ces prétendues causes que nous, nous ne considérons que comme prédisposantes, resteront toujours sans effet, même lorsqu'elles agiront ensemble et simultanément.

Remarquons-le bien, ces prétendues causes sont les mêmes qu'on accuse dans toutes les épidémies, et cela, parce qu'on les rencontre toujours partout où des hommes se réunissent, s'agglomèrent. Ainsi, on ne manque jamais de signaler comme exerçant une funeste influence, les excès, la misère, la malpropreté, l'habitation dans des lieux insalubres, la respiration d'un air vicié, etc. On ne peut méconnaître que de telles conditions ne débilitent, ne détériorent les constitutions, mais elles ne peuvent avoir d'action sur le développement du choléra, qu'en mettant l'économie moins à même de résister au miasme intoxicant.

C'est donc un principe unique et miasmatique que nous devons rechercher ; mais d'où vient-il ? quel est-il ?

Il est un fait d'observation acquis à la science, c'est que depuis son apparition sur la surface du globe, on a vu le choléra régner endémiquement en Asie, sur les bords et surtout vers l'embouchure du Gange, partir de là pour aller ravager un plus ou moins

grand nombre de contrées. Comme on le sait, il existe à l'embouchure du Gange, un delta, vaste dépôt alluvial, tantôt recouvert par les eaux, tantôt mis à nu et exposé au rayons brûlants du soleil. Il est évident que les alluvions des bords et de l'embouchure de ce fleuve, alluvions formées d'une vase contenant une immense quantité de détritus de corps organisés, laissent dégager des miasmes résultant de la décomposition de ces détritus.

L'analogie vient ici militer en faveur de cette opinion. C'est en Egypte, sur les bords et vers le delta que forme le Nil à son embouchure, que la peste règne endémiquement ; c'est de là qu'elle part pour aller porter ailleurs la mort et la désolation. La fièvre jaune est endémique en Amérique, sur les bords et vers le delta que le Missisipi forme à son embouchure; si elle sévit quelquefois dans d'autres localités, c'est qu'elle y a été transportée.

Voilà donc trois terribles maladies, celles qui ont le plus cruellement ravagé le monde, qui apparaissent sur les bords et vers l'embouchure de trois grands fleuves. On ne peut ici révoquer en doute que c'est de la décomposition des matières organiques que contiennent les dépôts alluviaux de ces fleuves, que se dégagent les miasmes qui donnent naissance à ces maladies.

On me demandera, peut-être, comment je pourrai expliquer l'apparition de ces cas isolés de véritable choléra asiatique ; on me dira qu'il n'est pas possible d'admettre, pour la production de ces cas, l'influence du miasme qui se dégage des alluvions déposées par le Gange. Mais, entendons-nous bien ; en avançant que le Gange dépose sur ses bords et à son embouchure, des matières, lesquelles, en se décomposant, dégagent le miasme qui produit le choléra, je n'ai pas voulu être absolu, prétendre que les eaux du Gange seules récèlent la cause du choléra. Ce principe miasmatique que j'invoque, étant le résultat de la décomposition de certaines matières organiques, il ne répugne pas du tout d'admettre que ces matières peuvent se trouver dans maintes localités, et avec le concours de diverses circonstances que nous ne saisissons pas, donner naissance à un, à plusieurs cas de choléra.

On a cru remarquer, à Saint-Pétersbourg, que, pendant tout le temps que le choléra y a sévi, l'aiguille aimantée n'a cessé d'être agitée et vaccillante, et que les appareils électriques et magnétiques avaient perdu beaucoup de leur puissance. On en a conclu que la cause du choléra était une diminution de la quantité de fluide électrique nécessaire à l'exercice régulier des fonctions organiques.

Nous venons de lire, dans quelques journaux, une lettre adressée à l'Académie des sciences de Paris, et qui semblerait aussi établir que la cause du choléra n'est autre qu'une diminution de ce

fluide. L'auteur déclare que la quantité de fluide dégagé par une machine assez forte qu'il consultait avec le soin le plus assidu, était toujours en rapport avec l'intensité de l'épidémie, et qu'il lui est même arrivé, alors que le chiffre des décès était le plus élevé, de ne pouvoir obtenir la moindre apparence d'étincelle, d'avoir trouvé, comme il le dit, sa machine muette.

Ces expériences étaient de nature à être prises en considération, et peut-être auraient elles un peu ébranlé ma conviction qui est, comme je viens de l'exposer, que nous avons ici une véritable intoxication par un principe miasmatique, si je n'avais constaté des effets tout différents de ceux avancés par l'auteur de la lettre.

Depuis assez longtemps, je m'occupe d'électricité. Chaque jour, pendant plusieurs heures, je vois en mouvement plusieurs machines dont une est de la plus grande dimension. Eh bien! je dois le déclarer, rien n'est plus variable que la quantité de fluide produit, rien n'est plus variable que la distance et la force des étincelles. Ce qui est même remarquable, c'est que l'état de l'atmosphère paraît avoir ici peu d'influence. Souvent, pendant des temps froids et secs, nous avons manqué de fluide, tandis que lors de la plus grande humidité, dans les plus grandes variations de température, nous en avions en abondance. Je dois même ajouter que, depuis que le choléra a fait ici son apparition, mes machines ont doublé leur puissance. Si j'avais pris cette simple coïncidence pour une véritable corrélation de cause à effet, j'aurais pu formuler une proposition qui eût réellement été absurde, savoir, que le choléra a pour cause une *augmentation* de la quantité de fluide électrique nécessaire à l'exercice régulier des fonctions organiques.

La manière de voir du médecin français ne sera donc pas admise. Remarquons encore que le choléra frappe subitement l'homme le mieux portant, et évidemment, il n'y a qu'un principe miasmatique qui puisse agir ainsi. Nous avons ici une véritable intoxication, et, je le répète, une intoxication est toujours produite par un principe quelconque, et non par le manque d'un stimulant nécessaire à l'entretien de la vie. Si au lieu d'une diminution du fluide électrique on voulait invoquer une augmentation, on devrait également se refuser à rapporter à une telle influence le développement du choléra, on ne concevrait pas mieux ces attaques subites sans le moindre signe précurseur.

Ce que je viens de dire de la cause du choléra a assez fait connaître ma manière de voir touchant sa nature. Cette cause étant un principe miasmatique, nous avons une véritable intoxication.

Les crampes dans les extrémités inférieures indiquent que le principe miasmatique a porté son action sur les faisceaux posté-

rieurs de la partie inférieure de la moelle épinière. Mais d'autres portions du système nerveux se trouvent-elles aussi entreprises? Certainement oui; celles qui président à la sensibilité dans les principaux organes ont ressenti les effets du miasme; cette sensibilité est pervertie, diminuée, abolie. Pour ce qui est de la myotilité, on la voit peu ou point altérée; l'intelligence reste intacte.

Un second effet de l'action du miasme est une altération profonde du sang caractérisée par une stase veineuse, par un manque de plasticité. Le sang est comme poisseux, les sels qui le rendaient fibrineux se séparent, la puissance qui les tenait en dissolution tend à s'anéantir. Il en résulte que le sang ne peut plus circuler, qu'il laisse transsuder ses parties les plus ténues; de là cette énorme quantité de sérosité dont les vomissements, les déjections alvines sont presque exclusivement formés.

On a considéré ces matières comme le produit d'une sécrétion de la muqueuse intestinale. C'est une erreur; dans le choléra, les sécrétions languissent, tarissent. La muqueuse intestinale laisse tout simplement transsuder la sérosité du sang, sérosité qui entraîne les divers sels qu'elle a pris en dissolution. L'expulsion de ces matières nécessite les contractions, un mouvement péristaltique du tube digestif, et nous avons ainsi une preuve que la contractilité musculaire est peu ou point altérée. Cette vérité manifeste démontre combien on ferait du mal si on parvenait à arrêter cette action du tube intestinal. On a administré l'opium dans cette intention, et si ce médicament a réellement été avantageux, comme cela est incontestable, c'est qu'il a produit des effets opposés à ceux qu'on en attendait : loin de stupéfier, il a stimulé; il n'a calmé que par suite d'une modification toute spéciale imprimée au système nerveux.

Ainsi, pour ce qui est de la nature du choléra, nous pouvons établir deux points peu contestables : perversion, diminution, abolition de sensibilité; altération primitive du sang qui a perdu de sa plasticité, qui est dépouillé de ses sels; c'est-à-dire que le principe miasmatique a porté son action sur le sang et le système nerveux, action constamment funeste si l'économie ne peut réagir, si la maladie ne passe pas à ce que nous appelons sa seconde période.

Pour prévenir le développement d'une maladie, pour pouvoir la traiter convenablement, il importe de bien connaître ses causes, d'avoir une idée exacte de sa nature. La cause du choléra nous est inconnue, tout ce que nous savons, c'est qu'il est produit par un principe miasmatique. C'est une intoxication, nous n'en savons pas davantage. Ces données laissent donc beaucoup à désirer;

elles nous permettent cependant de nous garantir du vague de l'empirisme, et d'opposer à cette cruelle maladie un traitement rationnel.

Prévenir le développement du choléra, c'est recourir à tous les moyens reconnus prophylactiques. Ce n'est pas, à proprement parler, un traitement, comme on semblerait le faire entendre en se servant de l'expression *traitement prophylactique*. Tant qu'il n'y a pas maladie déclarée, il n'est besoin d'aucun traitement. Tout ce que nous avons à faire ici, c'est de placer l'économie dans les conditions les plus favorables pour mieux résister à l'action du miasme qui produit l'intoxication. Il ne s'agit donc ici que de l'observation rigoureuse des lois de l'hygiène.

Le premier soin, lorsque sévit une affection épidémique, c'est de se garantir de tout ce qui débilite la constitution, de tout ce qui épuise les forces vitales. Les excès en tous genres, surtout en boissons, en femmes, doivent particulièrement être évités. Si un exercice modéré est salutaire dans ces circonstances, il faut bien se garder de le porter jusqu'à une trop grande fatigue. On doit, en général, avoir égard au genre de vie de chaque individu, et ne pas vouloir brusquement le changer. Il importe de ne pas se laisser abattre par des affections morales tristes, et de s'affranchir de la crainte, celle surtout de se voir atteint de la maladie régnante. Il est indispensable d'habiter dans des lieux salubres, de respirer un air pur. Les veilles trop prolongées, les études trop assidues nécessitent une grande dépense des forces vitales; on doit accorder au sommeil, au repos, une partie du temps qu'on voudrait consacrer aux plaisirs, au travail.

S'il faut soigneusement éviter les excès, il n'est pas moins essentiel de ne pas se laisser débiliter par la privation des choses nécessaires à la vie. Ainsi l'alimentation doit être tonique, abondante; on peut même la rendre légèrement stimulante. A moins qu'on n'y soit habitué, il ne faut pas se condamner à ne boire que de l'eau ; un vin généreux, pris en quantité modérée, sera toujours bienfaisant.

Voilà à quoi se réduit ce qu'on est convenu d'appeler le traitement prophylactique du choléra. Comme on peut le voir, tous ces moyens ne présentent rien de spécial, et ne consistent que dans l'observation sévère des lois de l'hygiène.

Si tous les médecins sont d'accord sur ce qu'il convient de faire pour se garantir, autant que possible, du choléra, il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit du traitement curatif. Chacun a, pour ainsi dire, sa recette, et on voit vanter les moyens les plus opposés. Naturellement, le traitement est une conséquence de l'idée que l'on

s'est faite des causes et de la nature de la maladie, et on a malheureusement émis, sur les causes et la nature du choléra, des opinions diverses et contradictoires.

Je n'entreprendrai pas d'examiner, de discuter les nombreux moyens qui ont, jusqu'ici, été proposés, préconisés. Après avoir exposé mes idées sur la cause, la nature du choléra, je vais en déduire le traitement et démontrer qu'il est une conséquence nécessaire, rationnelle de ma manière de voir.

Dans toutes les maladies par intoxication, la première indication qui se présente, est de neutraliser le poison, lorsqu'on le connait, lorsqu'il en est temps encore. Ici, nous savons, il est vrai, que la maladie est produite par un miasme, nous avons de fortes présomptions sur son origine, mais à cela se bornent nos connaissances. Nous ignorons en quoi consiste ce miasme qui n'est pas susceptible d'être apprécié par nos sens. Nos réactifs chimiques n'ont aucune action sur lui ; nos appareils, nos opérations les plus délicates n'ont pu encore l'isoler, déceler sa nature.

Chercher à neutraliser un agent inconnu dans son essence, dans sa nature, peut faire l'objet de nos recherches, de nos investigations, mais il y a ici une pressante indication, le danger est imminent, la mort presque certaine. Or, l'expérience, les efforts curatifs de la nature nous ont appris que l'économie est pourvue d'émonctoires, organes chargés de la débarrasser des matières, des principes devenus inutiles, qui lui sont nuisibles.

Dans les empoisonnements, lorsque la quantité du principe délétère est peu considérable, lorsque l'économie a conservé assez de force pour réagir, nous voyons apparaître, après un effort plus ou moins pénible (mouvement de réaction, mouvement fébrile), quelques-uns de ces phénomènes qu'on a appelés critiques, parcequ'ils jugent, ils terminent la maladie. Ainsi, il survient une transpiration plus au moins abondante, des selles copieuses et séreuses ; les urines sont rendues en plus grande quantité. Alors, les secours de l'art sont souvent superflus, la nature, comme on dit, se suffit à elle-même.

Mais il arrive aussi et malheureusement, que la quantité du principe délétère est plus considérable, qu'une constitution délabrée est impuissante pour réagir; alors les secours de l'art doivent venir en aide à l'économie, et le médecin pourra espérer sauver son malade, si les effets du poison n'ont déjà pas assez anéanti les forces vitales, pour que l'action des remèdes ne puisse plus être ressentie.

Nous avons donc ici deux indications à remplir : soutenir, sti-

muler la puissance vitale; favoriser, augmenter l'action des organes sécréteurs, excréteurs.

Il faut bien se garder de recourir aux émissions sanguines dans le but de combattre une inflammation imaginaire, de désemplir les vaisseaux engorgés d'un sang qui ne peut plus circuler. Cette manière d'agir serait déplorable. Lorsque les premiers symptômes de la maladie se déclarent, on doit se hâter d'administrer des toniques, des stimulants; c'est ainsi qu'on retire les plus heureux succès d'une décoction de quinquina, des eaux distillées de Mélisse, de Menthe, de Cannelle, de quelques teintures telles que celles acide aromatique, de Cannelle, d'opium, etc. Si l'opium a produit ici des succès incontestables, qu'on ne s'y trompe pas, c'est, je le répète, parcequ'il a agi comme stimulant. Si, après son emploi, on a vu les vomissements, les déjections alvines diminuer, s'arrêter, ce n'est pas, parce que, en vertu de ses prétendues propriétés stupéfiantes, il a arrêté les contractions, les mouvements péristaltiques du tube intestinal, c'est parcequ'il a relevé les forces vitales que le poison avait enrayées, allait anéantir.

Si nous possédions des moyens pour arrêter les évacuations des cholériques, sans que cet effet fût le résultat d'une amélioration survenue dans l'état des malades, nous devrions bien nous garder d'y recourir. Je considère les évacuations comme un effort critique mais insuffisant. Je m'explique, en disant que le choléra sans évacuations serait plus grave, et peut-être toujours funeste.

Il y a ici un principe délétère dont l'économie doit se débarrasser; provoquons l'action des organes sécréteurs, excréteurs, véritables émonctoires. Ainsi, les purgatifs (particulièrement le calomel, les sels neutres), les vomitifs (de préférence l'ipécacuanha), les diurétiques, les diaphorétiques seront administrées avec avantage. S'ils ne réussissent pas, tout espoir est perdu, la puissance de réaction est éteinte et ne peut plus être ranimée.

Contrairement à ce qui a été avancé par quelques observateurs, j'ai cherché à démontrer que l'électricité n'est pour rien dans la production du choléra. Mais si cet agent ne peut être considéré comme cause, il est permis de le placer parmi les moyens à recommander dans le traitement de cette maladie. Je me suis expliqué à cet égard dans un rapport que j'ai eu l'honneur d'adreser à M. l'Inspecteur général du service de santé et qui a été inséré dans les Archives de médecine militaire. Voici comment je m'exprimais alors, et les expériences auxquelles je me suis livré depuis n'ont pu que me confirmer dans ma manière de voir.

« Ayant constaté que pendant qu'on est sous l'influence du fluide électrique, la circulation s'accélère souvent beaucoup, les

sécrétions s'activent, j'ai pensé qu'on pourrait, par ce moyen, provoquer l'apparition de quelques-uns de ces phénomènes critiques qui jugent certaines maladies....

« Cette action que l'électricité exerce sur la circulation, sur les sécrétions, ne pourrait-elle pas être mise à profit dans cette terrible épidémie dont nous sommes menacés ? On sait que, dans le choléra, la circulation se ralentit, des congestions se forment dans les organes parenchymateux. J'ai d'autant plus de raison de l'espérer, que le fluide électrique ne produit ces effets que par suite d'une action directe et spéciale sur le système nerveux, système primitivement atteint par le miasme intoxicant... »

Je dois ajouter à ce que j'ai dit du miasme qui produit le choléra, que, bien différent de celui qui donne naissance au typhus, il ne paraît pas susceptible d'être transmis d'individu à individu, car nous n'avons encore recueilli aucun fait qui prouve la contagion. Ceux qu'on a invoqués comme tels sont très-contestables, et peuvent être facilement rapportés à la seule influence épidémique. L'économie est donc simplement impressionnée par ce miasme, et ne se trouve peut-être jamais dans des conditions favorables à sa reproduction, à sa multiplication.

Je ne puis terminer sans dire un mot sur ces dérangements du ventre, ces coliques, qui sont, dans ce moment, si fréquents. Pendant l'épidémie de 1832, actuellement à Paris et dans plusieurs autres localités, un grand nombre d'individus ont été pris de diarrhée, ont été atteints d'une véritable cholérine. Or, la cholérine est, comme le dit Jules Guérin, le choléra à son début, le choléra possible, mais non nécessaire. Ce que nous observons maintenant à Bruxelles, bien que produit par la même influence épidémique, présente des caractères un peu différents. On rencontre peu de cholérines, mais une quantité de personnes se plaignent de coliques, d'embarras gastro-intestinal, d'un abattement porté souvent jusqu'à la prostration. Lorsque cet état revêt un plus haut degré d'intensité, voici ce qui arrive : après un jour, quelquefois deux ou trois, de malaise, d'abattement, de perte d'appétit, le malade est pris tout à coup de coliques violentes, atroces, qui ne laissent que des courts intervalles de relâche ou plutôt de rémission. En même temps, il ressent une lassitude extrême, des douleurs dans les extrémités, douleurs qu'il compare quelquefois à des crampes. La peau conserve sa chaleur et sa teinte normales. Le caractère du pouls est très-variable ; le plus souvent je l'ai trouvé ralenti. Chez M. le lieutenant Boucher du régiment d'élite, je n'ai compté qu'environ quarante pulsations. Le malade est tourmenté par des nausées, souvent il survient des vomissements, plus rarement des

selles. La matière des vomissements est composée d'un liquide comme aqueux contenant des débris d'aliments qui n'ont pu être digérés.

Cet état ne présente pas beaucoup de gravité. Tous les cas que j'ai rencontrés ont cédé facilement, promptement. Je fais appliquer sur le ventre, sur les extrémités inférieures, des flanelles très-chaudes ; j'administre une potion dans laquelle entrent les eaux de menthe, de cannelle, de mélisse, le laudanum, etc. Si l'amélioration tarde à se manifester, si les nausées, les vomissements, les selles continuent, j'ai alors recours à l'ipécacuanha, au calomel qui amènent toujours la disparition de ces symptômes qui alarment beaucoup les malades et leurs familles.

DE L'UTILITÉ DES BAINS DE MER PAR RAPPORT A L'ÉPIDÉMIE DU CHOLÉRA ;

Par le docteur VERHAEGHE.

La nouvelle apparition du choléra, la crainte manifestée par quelques personnes sur les effets des bains froids en général et des bains de mer en particulier dans cette circonstance ; quelques préjugés, accrédités peut-être par des conseils de médecins mal éclairés sur les propriétés des eaux de mer, nous ont fait penser qu'il ne serait pas hors de propos d'examiner la question de l'utilité des bains de mer par rapport à l'épidémie actuelle.

Nous avons pensé ne pouvoir mieux faire que de reproduire l'article suivant publié, à une autre époque, par une sommité médicale de France, M. Jules Guérin, membre de l'Académie de médecine de Paris, etc., etc., alors médecin des bains de mer à Dieppe. Cette question n'est pas seulement intéressante pour les médecins, en ce qu'ils sont appelés tous les jours à y répondre, mais elle fournira l'occasion de satisfaire aux nombreuses demandes des personnes qui ont bien voulu nous consulter sur ce sujet.

« Nous n'avons pas à nous occuper de l'utilité des bains de mer considérés d'une manière générale. Ce n'est point de cela qu'il s'agit aujourd'hui ; nous devons nous borner à examiner de quelle utilité peuvent être les bains de mer par rapport à l'épidémie actuelle, et si les personnes auxquelles ces bains eussent été conseillés en l'absence de l'épidémie peuvent aujourd'hui en retirer de bons effets. Cette double manière d'envisager la question comprend toutes les applications dont elle est susceptible ; et, pour la résoudre complétement, nous allons mettre en parallèle d'une part

l'action de l'épidémie, et de l'autre le genre d'impressions produites par les bains de mer. Cette comparaison nous conduira à une appréciation exacte de leurs rapports réciproques.

« Il est un fait sanctionné par l'expérience et reconnu par toutes les doctrines : c'est que les sujets les plus accessibles à l'influence épidémique sont ceux dont les fonctions digestives étaient déjà plus ou moins dérangées, soit par suite de maladies antérieures, soit par faiblesse radicale de leurs organes. Ce fait ne souffre aucune exception. Sans nous arrêter à déterminer la liaison qui existe entre cette prédisposition à la maladie et la maladie elle-même, contentons nous de dire que le début du choléra est presque toujours annoncé par un trouble plus ou moins prononcé de l'appareil digestif. En effet, ce sont des borborygmes, la perte d'appétit, des envies de vomir, des coliques, une grande faiblesse, de la pesanteur dans la région épigastrique. Cette altération évidente d'une des principales fonctions de l'économie ne joue pas un moindre rôle dans tout le cours de la maladie. Il est inutile de rappeler ici ce que personne n'ignore : savoir que les phénomènes les plus graves du choléra, comme ceux qui l'annoncent, ou qui le terminent appartiennent en grande partie à une altération plus ou moins profonde des fonctions digestives ; d'où l'on peut conclure que la faiblesse et le délabrement des organes qui y président jouent le plus grand rôle dans la production comme dans la manifestation du choléra.

« Soit par connexion sympathique, soit par influence directe de la cause épidémique sur tout l'organisme, le système nerveux, principalement le système de la vie de nutrition, est le siége de phénomènes analogues à ceux qui attestent une impression débilitante et stupéfiante sur le système digestif. La faiblesse générale, les sueurs spontanées, les malaises indéfinissables qu'on éprouve sans cause appréciable, en constituent les principaux caractères. Quand cette faiblesse est plus prononcée, quand la maladie, en un mot, tend à se compléter, les principales fonctions perdent de leur activité, ou se pervertissent : c'est le cœur qui diminue le nombre et la force de ses battements ; c'est la circulation qui se ralentit ; c'est la peau et les membres qui se refroidissent, c'est l'absence de la sécrétion urinaire si utile, si indispensable à la dépuration continuelle de l'économie ; c'est, en un mot, la série des phénomènes qui dépendent d'une dépression profonde des forces de la vie, dépression qui augmente incessamment autant en vertu de la cause première de la maladie, que par ses effets secondaires, telles que les sécrétions si abondantes et si fréquemment répétées du tube digestif.

« Quand la maladie atteint une heureuse terminaison c'est encore à une débilité générale que se rapportent et les principaux phénomènes de la convalescence et les principales entraves qu'elle rencontre. Il semble que le choléra finisse à peu près par où il a commencé : même susceptibilité de l'estomac : même difficulté dans les digestions : tendances aux rechutes comme il y avait imminence de la maladie.

« Les mêmes organes attestent la même faiblesse : la peau se réchauffe difficilement, parce que le cœur n'a point recouvré son énergie et la circulation son activité. Tout, depuis la première influence de la cause cholérique jusqu'à ce qu'elle ait épuisé ses effets, atteste donc une faiblesse des centres de la vie, une concentration de l'extérieur à l'intérieur. Ce n'est pas là sans doute toute l'histoire du choléra. Nous n'avons voulu que mettre en relief les principaux traits qui le caractérisent, ceux qu'on doit faire servir de base aux plus importantes indications. Or, quelles sont ces indications d'après le tableau que nous venons d'esquisser ? imprimer à toute l'économie des forces capables de balancer l'influence de l'épidémie d'abord, et les pertes de la maladie ensuite ; ranimer conjointement le système cutané et détruire, par cette espèce de révulsion physiologique, la concentration morbide qui s'est opérée vers le centre épigastrique ; en un mot, employer les agents qui, dans toutes les circonstances possibles, auraient pour résultat de produire des effets opposés à ceux de la cause cholérique, et par là de prévenir ou de combattre ceux qu'elle tend sans cesse à réaliser. Cette indication générale nous paraît merveilleusement remplie par l'usage des bains de mer : il suffit, pour s'en convaincre, de jeter un coup d'œil rapide sur la manière d'agir de ces bains, et d'étudier leur action sur les principaux organes ou systèmes d'organes qui jouent le plus grand rôle dans l'affection cholérique. Ce simple rapprochement de faits, également vrais et également connus, suffira pour permettre à chacun de tirer les conclusions auxquelles nous voulons arriver.

« En étudiant l'action des bains de mer dans ses effets immédiats d'abord, et secondaires ensuite, on voit qu'ils excitent la peau et tous les systèmes qui concourent à la former. Les radicules nerveuses qui viennent s'y épanouir en reçoivent une stimulation incessante ; celle-ci ajoute à l'énergie vitale en s'irradiant aux principales fonctions. Avec eux, le système des vaisseaux capillaires accroît sa tonicité : la circulation s'accélère, la nutrition s'active, l'exhalation cutanée s'exécute avec plus de force et de facilité ; enfin tous les mouvements organiques qui ont leur siége dans la trame cutanée reçoivent des bains de mer une activité qui se pro-

page bientôt à tout l'organisme. Or, en nous renfermant dans ce premier cercle d'effets, quoi de plus favorable pour prévenir ou combattre les résultats de l'influence épidémique ? Soit que cette influence consiste dans l'introduction d'un principe délétère, soit qu'elle agisse d'une manière toute spécifique en paralysant les fonctions de la périphérie, quels moyens plus efficaces pour chasser le principe morbifique au dehors que d'animer l'action exhalante et dépuratrice de la peau, ou de porter sur les éléments qui la constituent un principe d'excitation aussi puissant que l'eau de mer ?

« Suivons l'appréciation de l'influence des bains dans leurs effets secondaires. A peine la pratique en est-elle répétée plusieurs fois, qu'un bien-être général s'ensuit. L'estomac semble avoir acquis de nouvelles forces ; l'appétit peu prononcé ou n'existant pas du tout, se réveille ; des digestions lentes ou fatiguées par de petites doses d'aliments deviennent plus promptes et plus faciles. Ce résultat est dû en partie sans doute à l'air de la mer ; mais il n'est que plus sûrement obtenu par l'action combinée des bains et de l'atmosphère maritime. A mesure que les fonctions digestives se régularisent, reçoivent une activité bienfaisante, les autres actes de l'économie participent à cet heureux changement. A plus de souplesse, à plus de vigueur de l'esprit, se joint plus de force et d'agilité du corps. Le sommeil est plus complet, et plus réparateur. Les sécrétions urinaires ne sont pas moins activées que les exhalations cutanées ; enfin l'organisme replacé dans sa totalité comme dans ses divisions fonctionnelles au ton d'une énergie pour ainsi dire native, accomplit tous ses mouvements avec plus de force, de souplesse et de régularité, et partant, est en position de mieux lutter contre tout agent qui aurait pour résultat d'affaiblir, de pervertir ou d'entraver ses rouages, comme aussi de concourir puissamment à détruire chacun de ses effets déjà produits.

« Sans doute que les bains de mer n'exercent pas chez tous à coup sûr et d'une manière pour ainsi dire aussi méthodique, les effets avantageux que nous venons de signaler. Souvent la transition est marquée par quelques mouvements qu'on prendrait au premier abord pour un trouble, un bouleversement nuisible : ainsi à la suite des bains de mer prolongés et fréquemment répétés, la peau devient le siége d'une véritable surexcitation ; le soir ou la nuit, un mouvement fébrile se développe ; quelquefois des sueurs abondantes s'ensuivent, et l'on pourrait craindre que ce premier mouvement d'apparence maladive ne fût un acheminement à une maladie réelle, et peut-être à une des formes de l'affection épidémique. Cependant il n'y a là qu'une réaction salutaire quand elle

est maintenue dans de justes limites. Elle n'est souvent qu'un effort bienfaisant de la nature pour mieux établir la répartition des forces. De même que dans un grand nombre de cas, les maladies véritables ne sont que des mouvements instinctifs pour expulser un agent nuisible de l'économie, de même la réaction fébrile occasionnée par l'usage des bains de mer peut, dans les circonstances actuelles, concourir à rejeter au dehors un reste du principe morbide, dont l'influence épidémique a saturé tous les corps.

« Est-il nécessaire maintenant de revenir sur nos pas pour remettre en regard chaque terme de la comparaison entre les résultats de l'action épidémique et les effets des bains de mer? Ne suffit-il pas de dire que, dans toutes les circonstances où ces bains sont appliqués à l'économie placée sous l'influence cholérique, ils ne peuvent qu'en combattre ou en paralyser les effets? Nous ne prétendons pas que les bains de mer jouissent du rare privilége de guérir le choléra quand il est déclaré; car il y a presque impossibilité physique de les mettre en usage dans cette circonstance. Cependant, s'il était permis de s'en rapporter aux données chimiques qui démontrent l'absence des sels alcalins dans le sang des cholériques, et à l'expérience qui atteste des guérisons nombreuses par l'emploi du sel marin, on pourrait encore considérer l'usage des bains de mer et de l'eau de mer à l'intérieur comme un remède puissant contre le choléra complet (1). Mais nous n'avons pas besoin de recourir à des spéculations trop peu étayées de faits pour conserver à l'action des eaux de mer l'autorité qu'elles doivent avoir sous le règne de l'épidémie actuelle. Bornons-nous à constater ce qui est vrai pour tous, c'est-à-dire leur efficacité contre les premiers degrés de l'influence épidémique, et dans le traitement des convalescences si longues et si périlleuses du choléra. Alors nul doute qu'ils ne doivent jouir de la plus grande confiance. Les deux caractères principaux de l'affection épidémique à ses degrés les plus éloignés sont, avons-nous dit, la faiblesse générale de tout l'organisme, et la débilité locale, le trouble particulier des fonctions digestives. Or, l'action la plus constante, la plus appréciable des eaux de mer se résout en deux effets les plus immédiatement opposés à ceux que nous venons de reconnaître à l'influence épidémique, c'est-à-dire qu'elles tonifient l'organisme

(1) M. le docteur Hunault, d'Angers, nous a adressé sur cette question un mémoire où il démontrait, il y a déjà plus de trois mois, les avantages qu'on pouvait retirer des eaux de mer comme moyen prophylactique du choléra.

Dans ce moment, plusieurs professeurs des hôpitaux de Paris, entre autres à l'Hôtel-Dieu et la Charité, n'emploient pour tout remède contre le choléra que le sel marin ou l'eau salée en boisson et en lavement. Dr V.

en général et qu'elles régularisent et développent les fonctions digestives.

« Quant à leur efficacité chez toutes les personnes qui ont éprouvé de plus ou moins graves atteintes du choléra, et qu'on doit considérer comme convalescentes de cette redoutable et longue maladie, elle est garantie par les mêmes faits. Ajoutons-y que ceux dont le traitement a nécessité quelques saignées, doivent surtout recourir aux bains de mer à cause de la débilité plus prolongée dont cette pratique a été généralement suivie.

« Les réflexions qui précèdent s'appliquent également à toutes les personnes auxquelles on eût conseillé l'usage des bains de mer en l'absence de l'épidémie. Car ces bains leur étant utiles pour des affections déterminées autres que celles qui résultent de l'épidémie actuelle, ne seraient contre-indiqués que dans le cas où les malades courraient risque de subir plus facilement l'influence de la constitution régnante. En démontrant la vertu préservative des bains de mer contre cette constitution, nous avons prouvé qu'elle existe dans la généralité des cas, et par conséquent dans les cas particuliers, quelle que soit d'ailleurs leur nature. Si l'espace nous le permettait, nous pourrions même démontrer que les affections contre lesquelles les bains de mer sont conseillés rentrent pour la plupart dans les prédispositions au choléra. Ainsi les constitutions délabrées, les corps usés par d'anciennes maladies, des excès ou des chagrins ; les femmes faibles, délicates, mal réglées, et surtout les individus à digestion pénible, forment la classe que l'épidémie attaque de préférence. Or il n'en est point à qui on puisse conseiller l'usage des bains de mer avec plus d'avantage. »

A l'expérience du docteur J. Guérin, nous ajouterons ce que nous avons observé nous-même à Ostende. En 1832 le choléra y a peu sévi : depuis le mois de juin jusqu'en octobre, quarante cas ont été constatés. Aucun des nombreux pêcheurs de chevrettes qui passent plusieurs heures par jour jusqu'à la ceinture dans l'eau de mer, aucun des baigneurs et baigneuses dont le metier consiste à passer presque toute la journée dans la mer, n'en ont été attaqués, quoiqu'ils appartinsent à la classe de la population où le fléau cherchait ses victimes.

Cette année-ci encore, tandis que la plupart des villes de la Belgique ont été visitées par l'épidémie, Ostende a joui d'une remarquable immunité. Trois cas seulement de choléra s'y sont présentés. Le premier a eu lieu le 23 mai, le deuxième le 29 et le troisième le 10 juin. Durant cette même époque régnaient quelques cholérines, mais depuis le commencement de juin toutes ces affec-

tions ont disparu, ce qui nous autorise à dire que le fléau a en quelque sorte passé sur nos têtes, emporté par le vent de la mer qui n'a cessé de souffler avec force.

Nous avons pu remarquer de nouveau qu'aucune des personnes qui passent quelques heures par jour dans l'eau de mer, n'a été affectée de cholérine. Les étrangers en assez grand nombre qui ont quitté leur localité pour venir passer la mauvaise période au bord de la mer, y jouissent de la meilleure santé et s'y baignent sans le moindre souci. Tout prouve donc que le séjour dans l'air vif et pur de la côte, ainsi que l'usage des bains de mer sont un excellent préservatif contre l'épidémie cholérique.

Ostende, 6 juillet 1849.

La Commission médicale du Brabant a publié les pièces suivantes :

INSTRUCTION SUR LES PRÉCAUTIONS A PRENDRE POUR SE PRÉSERVER DU CHOLÉRA.

Bien que l'épidémie de choléra, qui a éclaté sur quelques points du Brabant, n'ait pas encore pris une notable extension, la Commission médical de la province croit néanmoins de son devoir de recommander aux habitants l'emploi des précautions suivantes pour se garantir d'une maladie à laquelle l'omission de ces précautions pourrait disposer.

En ce qui concerne la SANTÉ :

Ne négliger aucune indisposition, notamment celles du ventre, la diarrhée surtout : dans ce cas, s'abstenir de l'emploi de remèdes préventifs ou curatifs vulgairement prônés et recourir de suite aux conseils d'un médecin.

En ce qui concerne le CORPS :

Soins minutieux de propreté ; habillements chauds, éviter les transitions brusques de température ; exercice modéré, jamais porté jusqu'à la fatigue excessive ; éloignement des grandes réunions ; fuir les excès de tout genre.

En ce qui concerne la NOURRITURE :

Vivre sobrement ; se nourrir de pain rassis ; de riz, de farineux, de viandes, de préférence rôties ; l'usage modéré de poissons choisis et rôtis ne peut pas nuire, mais éviter les poissons salés, fumés, les harengs saurs, les *scols* (1), les moules, le poisson

(1) Sorte de plie séchée.

avancé, les légumes crus, fermentés (chou-croûte) et les fruits non mûrs; veiller à la pureté de l'eau ; ne pas en boire de froide lorsque le corps est échauffé; usage modéré de vin ou de bière, plus modéré encore d'eau-de-vie, de genièvre, etc.

En ce qui concerne les HABITATIONS :

Propreté excessive à l'intérieur comme à l'extérieur sans occasionner trop d'humidité : aération et ventilation des chambres à coucher et des literies depuis le matin jusqu'au soir ; éviter qu'elles ne soient occupées par trop de personnes ; assurer le libre écoulement des égouts et des latrines.

Du côté de l'AME :

Éviter les émotions pénibles et s'efforcer de conserver le calme d'esprit par les moyens que la raison met à notre disposition.

Bruxelles, le 8 juin 1849.

Pour la Commission.

LE SECRÉTAIRE, Dr DEBIEFVE.

LE PRÉSIDENT, Dr SEUTIN.

A MESSIEURS LES PRATICIENS AUTORISÉS A EXERCER L'ART DE GUÉRIR DANS LE BRABANT.

Messieurs,

La Commission, désirant assurer, dans le cercle de ses attributions, les mesures sanitaires que les circonstances pourraient commander dans la province, surtout pour les localités où les soins médicaux manqueraient ou seraient insuffisants, a résolu de faire un appel à MM. les praticiens du Brabant à l'effet de réclamer leur concours dans le cas où elle se verrait obligée, par les éventualités, de recourir à leurs lumières et à leur dévouement.

En conséquence, elle a l'honneur d'inviter ceux qui seraient disposés à répondre à cet appel, à vouloir bien faire connaître immédiatement, par écrit, leurs intentions à cet égard au secrétariat de la Commission, rue d'Assaut n° 18, où il leur sera donné, le cas échéant, les instructions nécessaires à l'accomplissement de leur mission, ainsi que la communication des conditions relatives aux indemnités qui leur seraient allouées.

Pour la Commission :

LE SECRÉTAIRE, Dr DEBIEFVE.

LE PRÉSIDENT, Dr SEUTIN.

Plus de cent adhésions sont arrivées à la Commission médicale à la suite de cet appel : aucun des adhérents n'a fait mention des indemnités auxquelles il pourrait avoir droit éventuellement et plusieurs ont exprimé formellement leur intention de refuser toute rémunération de quelque nature qu'elle fût, si le gouvernement devait recourir à leurs services. Ces faits parlent hautement en faveur des praticiens du Brabant et témoignent tout à la fois de leur dévouement et de leur désintéressement.

EXTRAIT

DU

BULLETIN

DE

L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

ANNÉE 1848-1849. — N° 8.

SÉANCE DU 26 MAI 1849. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

Cette séance a été entièrement consacrée à la suite de la discussion sur la valeur de l'homœpathie ; le cadre de notre journal ne nous permet pas de la reproduire.

MAI. 1849.	Baromètre réduit à 0°, à 9 h. du matin.	Température centigrade de l'air, à 9 h. du m.	Extrêmes de la température centigrade. Maxim.	Minim.	Quantité d'eau recueillie à midi en millim.	VENTS dominants.	ÉTAT DU CIEL OU ASPECT GÉNÉRAL DE LA JOURNÉE.
	mm.	°	°	°			
1	758,09	10,7	13,8	5,6	»	E-.NE	Très-beau ; se voile le soir.
2	755,55	16,1	18,9	9,7	»	NE.	Superbe.
3	753,32	18,0	21,9	9,7	»	E.	Beau le matin et le soir ; menaçant dans l'après-midi.
4	754,68	17,8	23,0	10,5	»	ESE.	Superbe.
5	752,01	18,4	23,1	10,6	»	ESE.	Très-beau.
6	750,57	14,0	24,0	11,9	»	ESE.-ENE.	Très-beau ; le matin et le soir léger brouillard puant.
7	752,48	10,3	21,2	9,4	»	ENE.	Sombre et froid ; le soir léger brouillard puant.
8	753,10	8,0	13,4	7,6	»	NE.-NO	Sombre et froid.
9	752,94	10,2	11,3	5,9	0,07	OSO.-ONO.	Sombre et froid.
10	755,63	10,2	11,5	4,6	»	OSO.	Nuageux.
11	753,66	9,2	11,2	7,3	0,25	SO.-SSE.	Sombre.
12	761,96	12,5	16,2	6,0	»	NO.-N.-NNE.	Nuageux, beau le soir.
13	761,86	17,2	19,1	8,2	»	OSO.	Incertain, assez beau.
14	750,21	19,4	21,0	10,8	»	SSO.-OSO.	Variable ; pluie le soir.
15	747,17	12,7	20,2	9,4	5,73	OSO.	Variable ; pluie par intervalle.
16	747,94	14,3	17,3	9,5	3,82	SSO.-OSO	Pluvieux.
17	745,49	16,2	19,0	11,8	30,55	OSO.-SO.	Variable, vent.
18	747,18	13,1	19,0	10,2	8,52	SO.-OSO.	Pluvieux.
19	756,54	10,8	17,5	10,0	2,55	OSO.-ONO.	Sombre ; pluvieux le matin.
20	757,19	16,0	18,7	8,2	1,25	SO.-SSO.	Sombre.
21	752,00	16,8	18,6	11,7	»	S.-ESE.	Beau.
22	755,66	15,4	23,2	12,4	»	OSO.	Sombre ; pluie le soir.
23	759,87	14,9	20,0	8,8	2,17	OSO.-ONO.	Pluvieux ; beau le soir.
24	763,62	13,8	17,1	8,4	3,18	NNO.-NE.	Beau.
25	759,21	16,9	21,1	8,5	»	SE.-O.-SO.	Assez nuageux ; beau le soir.
26	759,49	17,7	22,6	10,4	»	OSO.-SO.	Très-beau.
27	760,33	22,0	25,2	11,9	»	NO.-SSE.	Superbe ; le matin odeur de tourbe brûlée.
28	760,25	24,3	27,4	13,5	»	S.-NO.	Beau.
29	761,65	15,2	28,0	13,8	»	ONO	Nuageux, assez froid.
30	763,31	15,9	19,6	9,7	»	O -N.	Superbe.
31	760,47	20,1	24,1	11,1	»	E.-SSO.	Superbe.

REPRODUCTION ET REVUE

DES

JOURNAUX ETRANGERS.

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQ. ET CLINIQ. MÉDICALE.

PATHOLOGIE INTERNE. — 1. *Note sur les bruits du cœur dans le choléra; lue à la Société de biologie,* par M. le docteur BOUCHUT.

(Gazette médicale de Paris, N° 23, 1849.)

J'ai déjà eu l'occasion d'entretenir la Société de quelques faits relatifs à la composition particulière des liquides excrémentitiels dans le choléra, et l'observation ultérieure a confirmé ces premiers résultats, qui sont désormais acquis à la science.

Aujourd'hui je viens vous parler des mouvements et des bruits du cœur dans le cours de cette maladie.

Il m'importait beaucoup de savoir si, dans le choléra, au moment où la vie, prête à s'éteindre, est refoulée à l'intérieur, dominée par une force inconnue mais terrible, le cœur conservait la régularité de ses mouvements, ou si, au contraire, ainsi que plusieurs personnes l'avaient avancé en 1832, les fonctions de cet organe pouvaient être perverties au point de ne pas trahir leur accomplissement.

J'ai suivi quelques cholériques dans leur agonie jusqu'au dernier moment de leur existence, et c'est par la disparition des bruits du cœur que j'ai pu constater l'instant de la mort. Ces bruits peuvent être modifiés dans leur nombre, dans leur rhythme ou par des bruits anormaux, mais ils existent, et c'est là le fait constant que je tenais à établir. La seule chose qui mérite d'être mentionnée, c'est que pendant les deux dernières heures de l'existence, un simple bruit remplace le double tac qui existe dans l'état naturel.

Dans ces recherches, messieurs, j'ai pu constater d'autres faits aussi intéressants que nouveaux, et qui sont relatifs à l'état du cœur dans les diverses périodes de la maladie.

Au début, dans le cours de la cyanose et même encore au com-

mencement de la période de réaction, quelques-uns de nos malades ont paru éprouver de la gêne à la région précordiale et des bruits anormaux trahirent chez eux le trouble de l'organe central de la circulation. Ces phénomènes n'eurent rien de grave, et ils se dissipèrent en quelques jours, bien avant l'entière guérison des malades.

Une fois ce fut un bruit de souffle au second temps, au-dessous et en dehors du mamelon gauche. Il disparut au bout de deux jours et avait été bien constaté par un grand nombre de personnes, et en particulier par MM. Rostan et Louis.

Quatre autres sujets nous offrirent à étudier dans la région précordiale, tantôt à la base, tantôt à la pointe, des bruits de frottements plus ou moins marqués qui rentraient évidemment dans la catégorie des bruits de cuir neuf. Ce fut, dans ces divers cas, un craquement particulier plus ou moins fort, une fois très-désagréable et analogue à un véritable bruit de gargouillement très-fin. On eût dit le résultat de l'introduction de l'air dans le cœur, mais c'est là une hypothèse inadmissible, car il n'y avait pas d'augmentation de résonnance à la région précordiale, et le malade a guéri.

Chez aucun de ces malades, il n'y eut de matité ni de voussure thoracique; ils éprouvaient seulement un léger sentiment de compression dans la poitrine au niveau du cœur, mais cela ne fut pas très-marqué, et d'ailleurs cela dura peu, car tous ces malades ne présentèrent ces phénomènes que d'une manière très-fugitive du deuxième au cinquième jour de leur maladie environ. Tous ont été visités par la plupart des médecins et des internes de l'Hôtel Dieu, et l'on s'est généralement accordé pour considérer ces faits comme des cas de péricardite légère.

Ainsi, dans la première période du choléra, il peut y avoir une modification passagère de la texture du cœur, soit une congestion de l'endocarde avec épaississement des valvules, comme je l'ai vu sur quelques cadavres, soit un état phlegmasique du péricarde analogue à ce qui a été observé dans d'autres membranes séreuses, la plèvre ou le péritoine, selon qu'il résulte des observations de M. Contour.

D'autres bruits que ceux dont nous venons de parler se manifestent à une période plus avancée du choléra, dans la période de convalescence; mais, hâtons-nous de le dire, ces bruits tiennent certainement moins à l'état matériel du cœur qu'à la composition du sang qui s'y trouve versé. Ce sont des bruits de souffle placés au premier temps du cœur, à sa base, et se propageant dans l'aorte et les carotides.

J'ai examiné quinze convalescents du choléra, et treize d'entre eux m'ont présenté ce bruit de souffle à divers degrés d'intensité, je dirai même d'intermittence. C'était chez des hommes ; car je n'ai pas voulu tenir compte de la même observation chez des femmes, afin d'éviter toute erreur avec les bruits de la chlorose.

Chez quelques sujets le bruit était constant : c'était un souffle doux, moelleux, facile à constater à la base du cœur, dans l'aorte et dans les carotides.

Chez d'autres, il était constant ; mais il n'existait pas au cœur, et n'était appréciable que dans l'aorte et les vaisseaux du cou.

Sur quatre malades enfin, ce bruit était intermittent, tantôt facile à saisir, tantôt impossible à retrouver, à moins d'une extrême complaisance ; mais il suffisait d'attendre quelques minutes pour l'apprécier de nouveau.

Quelle est la cause de ce bruit de souffle ? Déjà, messieurs, vous l'avez deviné. Sa nature moelleuse, son siége dans les vaisseaux, l'époque de son apparition dans la convalescence du choléra, et après d'abondantes évacuations séreuses, sa présence chez des sujets masculins, tout indique qu'il est le résultat de l'anémie. En effet, je crois que c'est à une modification de composition du sang, à l'appauvrissement de ce liquide, qu'il faut le rapporter.

Je n'insisterai pas davantage. Je désirais signaler ce phénomène à votre attention ; mais tout rationnel qu'il peut vous paraître, je crois qu'il ne faut l'admettre encore qu'avec une sorte de réserve, en attendant qu'il soit confirmé par de nouvelles observations. Je ne doute pas qu'il le soit, et alors, l'état des malades dans la convalesence du choléra étant bien déterminé, on pourra mieux qu'autrefois indiquer la nature des remèdes à employer contre les divers accidents nerveux ou névralgiques qui accompagnent encore cette période de la maladie. C'est, je crois, une indication formelle de l'usage des substances amères et des toniques ferrugineux à l'intérieur.

---

2. *Revue clinique du choléra.*

(Gazette médicale de Paris, N° 15 ; 1849.)

Depuis notre dernière revue, l'épidémie a continué à se développer dans les hôpitaux. Si l'on s'en rapportait tout simplement aux chiffres, il y aurait véritablement lieu de craindre une augmentation assez considérable et une aggravation assez sérieuse de l'affection ; mais, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, le nombre des nouveaux malades est moins le résultat des in-

fluences actuelles de la cause épidémique que celui des produits de cette cause, retardés pour ainsi dire dans leur développement. Il faudrait d'ailleurs pouvoir comparer d'une manière certaine le mouvement des malades et des décès dans les hôpitaux avec le même mouvement dans la ville. Or l'un des termes de comparaison est absolument impossible à se procurer, et il est assez difficile d'avoir sur l'autre tous les renseignements nécessaires pour ne laisser aucun doute sur l'origine des nouveaux cas. Contentons-nous donc, en restant dans l'appréciation la plus générale et la plus directe des faits, de dire que l'épidémie n'est pas encore arrivée à sa période de décroissance, et semble se maintenir avec une certaine activité dans la période d'état.

	Nombre des cholériques au 6 avril.	Morts au 6 avril.	Nombre des cholériques jusqu'au vendredi 13.	Morts jusqu'au vend. 13.
Hôtel-Dieu.	123	63	181	82
La Charité.	99	60	146	85
La Pitié.	118	60	148	78
La Salpêtrière.	494	348	660	475
Bicêtre.	12	9	23	14
Saint-Louis.	55	29	87	41
Beaujon.	38	26	62	40
Hôpital des Enfants. . . .	13	5	14	7
Necker.	24	13	26	14
Sainte-Marguerite.	7	5	14	8
Saint-Antoine.	10	5	14	5
Hôpital des Cliniques. . . .	12	7	15	9
Bon-Secours.	7	6	8	6
Val-de-Grâce.	74	24	127	35
Gros-Caillou.	67	23	147	45
Ménages.	»	»	7	5
Cochin.	»	»	3	1
Maison de santé.	»	»	2	2
Invalides.	»	»	10	8
Hôpital militaire du Roule. .	»	»	31	12
Prison de Saint-Lazare. . .	»	»	2	2
Totaux.	1153	665	1727	974

Du reste, la physionomie générale de l'épidémie dans les hôpitaux ne semble pas avoir varié, du moins d'une manière notable ; les malades qu'on apporte dans ces établissements sont toujours atteints très-gravement. La symptomatologie est toujours aussi expressive, la marche de la maladie toujours aussi rapide, et si les traitements paraissent dans quelques circonstances avoir eu des résultats heureux, c'est peut-être plus à un progrès dans la sagesse de la thérapeutique et dans le choix des moyens, qu'il faut attribuer de moins graves résultats, qu'à une

diminution dans l'intensité de la maladie, qui semble être restée la même.

Nous devons reconnaître, en effet, que la plupart des médecins semblent moins déconcertés, que leurs prescriptions paraissent moins précipitées, qu'elles tendent à se soumettre à des règles plus méthodiques, et qu'enfin les médications qui ont quelque chance d'efficacité semblent prendre le dessus dans l'opinion. C'est à ce dernier point de vue surtout que nous voulons rédiger cette revue.

Nous nous efforcerons donc de présenter, sur les principales méthodes dont nous avons indiqué les premières applications dans notre dernier numéro, des faits plus décisifs, plus complets et plus concluants, et nous ajouterons aux faits déjà publiés les détails complémentaires destinés à en faire apprécier la valeur. Nous terminerons par quelques indications relatives à des essais trop peu avancés et trop peu nombreux pour que l'on puisse en déterminer l'importance réelle.

Les observations qui vont suivre porteront donc successivement sur la méthode excitante, sur la méthode évacuante, sur la méthode sédative, et sur les méthodes mixtes et spécifiques.

PREMIÈRE SECTION. — *Méthode excitante.*

Déjà, dans notre dernière revue, nous avons exprimé le désir de voir quelques applications plus tranchées de la méthode excitante ; nous avons même laissé voir, à travers les obscurités de médications trop compliquées, la faveur avec laquelle cette méthode pouvait se présenter aux yeux de l'observateur impartial. Les faits que nous allons rapporter sont peut-être de nature à mettre dans la plus complète évidence, les services qu'il est permis d'attendre de cette méthode et les indications à son emploi.

Choléra asiatique ; trois jours de diarrhée prodromique jaune ; vomissements séreux pendant deux jours ; choléra confirmé le quatrième jour ; diarrhée blanche ; bicarbonate de soude, café, vin de cannelle ; changement de couleur des vomissements et des selles ; covalescence.

Obs. I. — Mondé (Patrice), 23 ans, du premier régiment du génie, caserné à l'hôtel de ville, deux ans et demi de service, à Paris depuis quatre mois, entré à l'hôpital le 2 avril à midi, salle 25, n° 14.

D'une constitution moyenne, bonne santé habituelle, pas de maladie antérieure. Diarrhée jaunâtre depuis trois jours ; l'avant-veille de son entrée, vomissements aqueux ; le malade rend ses

tisanes aussitôt prises. Le 1er avril, cinq ou six selles aqueuses, blanches; suppression des urines; légères crampes dans les mains, les bras et les jambes.

Apporté le 2 avril, à midi.

A ce moment, chaleur au-dessous de la normale; pouls petit, à 96; soif ardente; cyanose encore peu prononcée. (Bain d'air chaud; frictions; tilleul édulcoré, contenant bicarbonate de soude, 4 grammes par litre.)

Sept heures du soir, les yeux caves, cernés; cyanose du visage, du tronc et des membres, pouls à 84, faible. Pas de selle depuis l'entrée; pas d'urine; voix cassée.

Le 3, à la visite du matin. Deux selles jaunes cette nuit; gargouillement dans la fosse iliaque droite; pouls filiforme à 84; chaleur toujours un peu diminuée. (Frictions; café noir, 120 gr., cruchons d'eau chaude.)

Dans la journée, neuf ou dix vomissements, trois selles brunâtres diarrhéiques; pouls à 90; les yeux caves, cernés de violet. (Limonade gazeuse; tilleul; bicarbonate de soude; diète.)

Le 4 au matin, les yeux toujours caves; cyanose aux extrémités; pouls à 84; langue blanchâtre; ventre tendu; gargouillement iliaque; douleurs à l'épigastre; un vomissement jaunâtre. (Eau de riz citrique; sinapismes volants sur l'épigastre; glace.)

Le même jour à huit heures du soir, deux vomissements; deux selles liquides brunes.

Le 5, un vomissement bilieux pendant la nuit; pouls à 78. Le malade dit se trouver assez bien, quoique la cyanose existe encore assez notable; les yeux caves, cernés; douleurs épigastriques. (Limonade gazeuze; eau de riz; bicarbonate de soude; bouillon.)

Le 6, deux vomissements; cinq ou six selles jaunâtres; cyanose; yeux cerclés de violet; voix cassée; douleurs ombilicales; quelques crampes. (Limonade gazeuse; eau de riz citrique; vin de cannelle, 125 gr.)

A neuf heures du soir une selle riziforme.

Le 7, un vomissement bilieux; pas de selle; yeux caves; conjonctives un peu hypérémiées. (Vin de cannelle, 100.)

Le 8, le pouls à 79; la face colorée; les yeux injectés; quelques papules roses sur le thorax; langue humide; un vomissement pendant la nuit.

Le 9, le ventre, les fesses, une partie des cuisses sont recouverts d'une imphore d'urticaire, confluente, d'un rose vif, mêlée çà et là de papules prurigineuses; amélioration sensible de l'état général. (Bouillon).

Le 10, une selle; pouls à 70; langue nette. (Bouillon.)

Le 12, 4 litres d'urine. Convalescence.

Dans ce premier fait, la méthode excitante a été on ne peut plus tranchée. La maladie était elle-même très-caractérisée; on a vu néanmoins que, dès le second jour de la médication, les matières des vomissements et des selles out subi un changement notable. Les symptômes n'ont pas été enrayés; mais on a dû remarquer que, depuis le jour où la couleur des selles avait changé sous l'influeuce des excitants, cette coloration n'a fait que se modifier, mais toujours dans le sens opposé à la couleur cholérique. Il est à noter que la constitution du sujet pouvait être, aux yeux de certaines personnes, une contre-indication à l'emploi de la méthode. Cependant le savant chef de service ne s'est pas arrêté à cette considération, et il a persisté, suivant nous, avec beaucoup de raison, dans l'emploi des excitants; il a même ajouté à l'action des premiers un auxiliaire plus puissant fourni par le vin de cannelle.

Le cas suivant, bien qu'un peu moins caractérisé, mérite cependant de trouver place à côté du précédent.

Choléra asiatique; diarrhée ancienne datant de deux mois et demi; état cyanique, algide; évacuations blanches; traitement par les stimulants et les opiacés; guérison. (Hôpital du Val-de-Grâce. — Service de M. Lévy.)

Obs. II. — Gantun, 26 ans, du 57e de ligne, caserné au fort de Bicêtre, entré le 27 mars au Val-de-Grâce, où il est couché salle 25, n. 31.

D'une assez bonne santé habituelle, cet homme est entré à l'hôpital, il y a deux mois et demi, pour une diarrhée très-opiniâtre, pour laquelle il est resté deux mois, et dont il n'était pas encore complétement guéri lorsqu'il est sorti il y a dix-huit jours; cependant sa santé était plus satisfaisante.

Le 25 mars dans la journée, deux selles diarrhéiques abondantes, jaunâtres.

Le 26, selles beaucoup plus nombreuses, de même nature; le malade ne s'en rappelle pas le nombre.

Dans la nuit du 26 au 27, il est pris de crampes; trois vomissements de matières blanches.

Le 27 au matin, on le trouve dans l'état suivant : Cyanose générale intense; yeux caves, cerclés de violet; état algide; peau froide, argileuse, sans élasticité, conservant l'empreinte du doigt; absence du pouls radial. A la carotide, on trouve 96 pulsasions filiformes; oppression; douleurs épigastriques, s'étendant

suivant le rebord costal jusque dans l'hypochondre droit. Crampes dans les membres ; pas de douleurs lombaires ; urines supprimées depuis hier soir. La vue est trouble, l'ouïe un peu dure ; cependant l'intelligence est nette et bien conservée ; prostration. (Bain d'air chaud ; frictions avec liniment volatil camphré ; potion stimulante laudanisée ordinaire.)

A midi, même phénomène. (Second bain d'air chaud.)

A trois heures, pas de pouls radial ni carotidien ; la prostration semble cependant un peu moindre ; sueur visqueuse ; peau froide. (Même traitement. Café noir, 125 grammes.)

A huit heures du soir, sueur visqueuse; le pouls carotidien donne 108, faible. (Frictions ; bain d'air chaud ; infusion de café, 240 grammes.)

Dans la nuit du 27 au 28, un peu de sommeil, souvent interrompu ; deux ou trois selles blanches, à odeur caractéristique ; pas de vomissement.

Le 28 au matin, pouls à 92, petit, comme ondulant, aux radiales ; cyanose moins prononcée; joues un peu rosées ; les yeux moins caves ; la langue tiède ; les extrémités commencent à se réchauffer ; persistance des douleurs épigastriques et diaphragmatiques; langue un peu sèche, sans enduit saburral ; soif vive ; crampes plus faibles et plus rares ; pas d'urines depuis le 27 au matin ; prostration beaucoup moindre. (Même traitement.)

Le même jour à deux heures de l'après-midi, le pouls radial, assez développé, donne 84 ; cinq à six selles liquides, jaunâtres, troubles.

Le 29, l'amélioration continue. (On supprime la potion stimulante. Limonade citrique gommée ; eau de Seltz.)

Le 30, mieux sensible ; les urines ont reparu en petite quantité.

Le 2 avril, selles demi-stercorales ; convalescence. (Bouillon.)

Le 3, une selle consistante. Le malade est porté à la salle des convalescents. (Bouillon ; potage.)

Le 9, guérison complète.

Dans ce deuxième fait, la méthode excitante a été poursuivie jusqu'après la période de réaction, et malgré l'addition du laudanum dans la potion excitante, l'ensemble de la médication (liniment volatil, éther, acétate d'ammoniaque, eau de menthe, café) n'en a pas moins le caractère très-tranché de la méthode. Ici, comme dans le cas précédent, l'amélioration a été caractérisée surtout par le changement dans la coloration des selles.

Le changement est survenu beaucoup plus tard chez le second malade que chez le premier. Faudrait-il attribuer cette circon-

stance à l'énergie moindre de la médication ? Faisons remarquer qu'aussitôt la réaction produite, le chef de service a très-bien fait de modifier et d'atténuer la médication. Peut-être cet exemple particulier confirme-t-il l'indication générale qui doit présider à l'emploi et à la durée de l'emploi des excitants ; car il est à noter qu'une fois la réaction produite, ce ne serait pas sans danger que l'on chercherait à produire une activité trop grande des organes centraux de la circulation, alors que plusieurs points du système seraient engorgés, et formeraient par conséquent obstacle à la libre expansion du système. Ce point de vue a déjà sagement inspiré quelques heureux essais que nous avons déjà fait connaître.

DEUXIÈME SECTION. — *Méthode évacuante.*

Déjà, dans nos précédents numéros nous avons rapporté un certain nombre de faits qui nous paraissaient propres à encourager les médecins à essayer de la méthode évacuante avec une certaine énergie. Cette méthode est en effet une de celles qui, en 1832, à Paris, produisirent les meilleurs résultats. Les faits nouveaux que nous avons à rapporter sont peut-être propres à encourager de plus en plus les praticiens à y avoir recours.

Choléra asiatique; cas léger; forme saburrale; prodromes vagues; vomissements bilieux; traitement par la méthode évacuante vomitive; guérison rapide. (Hôpital du Val-de-Grâce. — Service de M. Lévy.)

Obs. III. — Régent, 26 ans, du 27e de ligne, caserné à l'*Ave-Maria*, six ans de service, d'une assez forte constitution, entre au Val-de-Grâce le 29 mars, à trois heures du soir (salle 25, n. 35).

D'une bonne santé habituelle; cependant, il y a deux mois, il eut une légère maladie, caractérisée, dit-il, par de la gêne de la respiration. Il obtint un congé de six semaines et se fit soigner dans sa famille. On lui fit prendre des purgatifs, et on lui pratiqua une saignée. Il était de retour au régiment depuis le 22 mars, mais ne se trouvait pas dans un état de santé parfaite, sans avoir cependant de diarrhée.

Le 28, à neuf heures du soir, il est pris presque tout à coup de refroidissement des extrémités, d'endolorissement général, avec sentiment de courbature, frissons se renouvelant de temps en temps pendant toute la nuit ; dix vomissements bilieux du 28 au soir au 29 à midi.

Le 29, les crampes se déclarent; continuation des vomisse-

ments bilieux ; le malade urine assez facilement. On l'apporte à l'hôpital à trois heures de l'après-midi.

Etat à l'entrée : Chaleur un peu diminuée, mais pas d'algidité; la cyanose est également assez faible; coloration légèrement violette de la face et des lèvres ; pouls à 96 ; douleurs épigastriques assez violentes. La langue humide est recouverte d'un enduit d'un blanc-grisâtre ; les papilles sont hérissées. On ne trouve pas la bandelette nacrée des gencives. Soif vive. Le dernier vomissement a eu lieu il y a deux heures ; il était bilieux. Une selle un peu plus liquide qu'à l'état normal, d'une coloration naturelle. (Potion gommeuse ; trois prises d'ipécacuanha ; limonade.)

Deux vomissements bilieux dans la soirée ; pouls à 108 ; état un peu sudoral de la peau. Le malade dit ce matin être soulagé. (Diète.)

Le 30 au matin, le pouls est à 96 ; moiteur générale de la peau qui est assez chaude ; la langue est moins chargée, la bouche moins mauvaise ; pas de vomissements nouveaux. Cinq ou six selles liquides, jaunâtres, pendant la nuit. (Limonade citrique ; potion gommeuse ; diète.)

Le soir, pouls à 84 ; deux selles dans la journée.

Le 31, amélioration très-notable. (Un bouillon.)

Le 1er avril, transporté dans la salle des convalescents.

Guérison complète le 4 avril.

Bien que relative à un cas de choléra peu grave, cette observation porte avec elle un double enseignement.

A supposer que l'on n'y veuille voir qu'un cas de cholérine très-marqué, la médication vomitive n'en aurait pas moins produit presque immédiatement la suppression du principal symptôme, les évacuations blanches. Ce résultat serait donc de nature à engager les praticiens à essayer, dans les cas de cholérine où les moyens diététiques sont inefficaces, la méthode vomitive, et en particulier l'ipécacuanha, regardé par plusieurs médecins, à juste titre comme le véritable remède de cette forme ou de cette période du choléra.

En second lieu, on ne saurait méconnaître l'influence de la méthode sur la marche générale de la maladie et les modifications particulières de chacun de ses symptômes.

Mais si le peu de gravité de ce cas pouvait être invoqué pour diminuer l'autorité de la méthode vomitive, les cas suivants et le résumé des autres faits qui les suivront achèveront peut-être de porter la conviction dans les esprits.

Choléra asiatique ; cinq jours de diarrhée ; cas de moyenne intensité ; éméto-cathartique ; amélioration rapide ; convalescence le troisième jour ; guérison. (Hôpital du Gros-Caillou. — Service de M. Durand.)

Obs. IV. — Lesieur (Jules), 26e de ligne, 24 ans, caserné à l'esplanade des Invalides, constitution moyenne, a la diarrhée depuis cinq jours. Il a été pris de crampes et de vomissements le 31 mars, à cinq heures du soir, étant de garde ; il arrive à l'hôpital deux heures après, à pied. Yeux enfoncés : langue humide et tiède ; abdomen douloureux à la pression ; vomissements fréquents et selles claires ; pouls faible et lent ; crampes passagères ; et cyanose des extrémités peu prononcées ; urines normales. (Pot. éméto-cathartique ; ipéc., 2 grammes ; sulf. magnés., 20 grammes ; eau tiède pendant les vomissements provoqués ; eau de Sedlitz une heure après (2 litres) ; frictions sèches ; cruchons chauds aux pieds.)

Le 1er avril. Plus de vomissements ; ventre peu douloureux ; pas de froid ni de cyanose aux extrémités ; pouls relevé ; selles fréquentes, blanchâtres. (Eau de Sedlitz, 2 litres ; lavem. purgatifs *ter.*)

Le soir, réaction bien établie. (Pot. avec huile de ricin, 71 gr. ; org. miellé.)

Le 2. Pas de vomissements dans la nuit ; bon sommeil ; quelques selles bilieuses, noirâtres. (Eau de Sedlitz, 2 litres ; lavem. purg. *ter.*)

Le 3. Le malade se trouve bien, et passe dans une autre salle comme convalescent. (Bouill. maigre ; pruneaux ; org. miellé ; trois lavem. purg.)

Le 4. Amélioration soutenue. (Crème de riz ; pruneaux ; org. miellé ; un lavem. purgat.)

Du 5 ou 9, la convalescence est déclarée. (Boisson au vin et décoction de quinquina. L'alimentation est augmentée tous les jours.)

Choléra asiatique ; huit jours de diarrhée ; cas de moyenne intensité ; éméto-cathartiques ; convalescence le troisième jour ; guérison ; Hôpital du Gros-Caillou. — Service de M. Durand.)

Obs. V. — Dorizon (Pierre), 2e dragons, caserné à Bellechasse, 22 ans, d'une bonne constitution, entre à l'hôpital le 31 mars au soir, ayant la diarrhée depuis huit jours, vomissant depuis le 28 mars.

Le 31, jour de son entrée. Yeux cernés ; facies abattu ; langue

humide et froide ; soif vive ; épigastre sensible; vomissements bilieux, fréquents ; selles blanchâtres, abondantes ; vue, voix, ouïe peu altérées ; crampes aux extrémités inférieures; algidité et cyanose aux pieds et aux mains ; pouls petit, faible ; urines rares. (Potion avec ipéc., 2 grammes ; sulfate de magnésie, 20 grammes, à prendre en deux fois ; eau tiède après ; frictions sèches ; cruchons d'eau chaude autour du corps ; eau de Sedlitz à 50 grammes, 2 litres.)

Le 1er avril. Amélioration notable, moins d'abattement, langue chaude, épigastre peu sensible, vomissements modérés, selles plus claires, plus de crampes, chaleur douce, pouls relevé. (Org. miellé, eau de Sedlitz, 2 litres, deux lavem. purg.)

Le soir, amélioration soutenue. (Bouillon maigre.)

Le 2. Le malade se trouve bien. Deux selles bilieuses après le dernier lavement, pas de vomissements, urines. (Bouillon maigre et pruneaux, org. miellé, deux lavem. purgat.)

Le 3. Le malade se trouve très-bien. Une ou deux selles bilieuses après les lavements. (Crème de riz, pruneaux, eau gommée.)

Le malade est évacué, comme convalescent, dans une autre salle.

Le 4. Amélioration soutenue. (Soupe de pain, riz au lait, pruneaux, eau gommée, boissons vineuses et quinquina.)

Du 5 au 9, la convalescence est franchement déclarée, l'alimentation progressivement augmentée.

Choléra asiatique, trois jours de diarrhée, cas grave, éméto-cathartiques, convalescence le quatrième jour, guérison. (Hôpital du Gros-Caillou. — Service de M. Durand.)

Obs. IV.— Guérillon (Pierre), 14e léger, caserné à l'Assemblée nationale, 23 ans, bonne constitution, atteint de diarrhée depuis trois jours, est pris de nausées, de frisson et de crampes, le 31 mars au matin. Il entre le même jour.

A son entrée : facies caractéristique, yeux cerclés, langue plate et froide, soif intense, abdomen indolent, nausées sans vomissements, déjections alvines blanchâtres répétées, pouls faible et petit, voix, vue et ouïe naturelles, crampes, algidité et état cyanique peu marqués, urines rares. (Potion éméto-cathartique, ipécacuanha, 2 grammes, sulfate de magnésie, 20 grammes, eau tiède pendant les vomissements, frictions sèches, moyens calorificateurs externes, eau de Sedlitz, 2 litres, une heure après l'administration de l'éméto-cathartique.)

Le 1er avril. Réaction bien établie, peu de vomissements depuis

l'action de l'éméto-cathartique, selles fréquentes encore blanches, pas de crampes. (Orge miellé, potion avec huile de ricin, 85 gr.; eau de Sedlitz, un litre, pour le soir.)

Le 2. Le malade se plaint de tournoiements de tête et d'une douleur sur le côté gauche de la poitrine, il tousse un peu, pas de vomissements, deux selles dans la nuit. (Eau de Sedlitz, 2 litres, deux lavements purgatifs, 20 sangsues *loco dolenti.*)

Le soir, plus de douleur, plus de vertiges, trois selles liquides jaunâtres. (Potion avec manne, 60 grammes, sulfate de magnésie, 20 grammes.)

Le 3. Amélioration notable, appétit. (Eau de Sedlitz, un litre le matin, bouillon le matin et pruneaux le soir, lavement purgatif *bis.*)

Le malade passe comme convalescent dans une autre salle.

Le 4. Amélioration soutenue. (Demi-panade maigre et pruneaux.)

Du 5 au 9. La convalescence est franche, on augmente tous les jours l'alimentation. (Boissons vineuses et décoction de quinquina.)

Comme dans les faits du même service précédemment rapportés dans notre Revue, la méthode employée par M. Durand a été, dans ces trois faits, trop énergique pour que l'on puisse méconnaître son influence. Rapprochés de ceux que nous avons publiés antérieurement, ils nous paraissent propres à faire ressortir de la façon la plus incontestable les avantages de la méthode.

De ces trois faits, les deux premiers, relatifs à des cas de choléra d'intensité moyenne, peuvent être mis en regard de l'obs. IV du service de M. Lévy, avec laquelle ils ont quelques rapports d'analogie, tant sous le point de vue de la gravité que sous celui de la forme un peu saburrale qui semble avoir prédominé. Le dernier, plus grave, a nécessité une énergie plus grande aussi de la médication, et la convalescence s'est fait un peu plus attendre, sans que cependant, dans celui-là, les effets de la méthode aient été moins bien marqués.

Nous joindrons encore à cette série le fait suivant, dans lequel la médication évacuante a été associée à la médication stimulante, et qui pour cette raison mériterait peut-être d'être rangé dans la troisième section. Mais le fond de la thérapeutique ayant consisté dans l'emploi des évacuants vomitifs et purgatifs, dont la méthode stimulante n'a été en quelque sorte que l'auxiliaire, nous pensons que sa place est aussi bien dans cet endroit.

Choléra asiatique, deux jours de diarrhée, cas grave, éméto-cathartiques associés aux toniques, rechute, convalescence le dixième jour. (Hôpital du Gros-Caillou.—Service de M. Durand.)

Obs. VII. — Deloc, 16e de ligne, caserné au camp des Invalides, constitution ordinaire, tempérament sec. Diarrhée depuis deux jours, pris le 30 mars au soir de vomissements et de crampes, yeux un peu cernés, urines rares, extrémités un peu froides. (Diète, riz gom., potion calmante.)

Le 31 au matin. Cessation des vomissements, selles bilieuses, peu fréquentes ; peau chaude, point de cyanose. (Pot. éméto-cathartiq., ipécacuana, 2 grammes, sulf. magnés., 20 grammes, eau de Sedlitz à 50 grammes, 1 litre.)

Le 1er avril, Amélioration, peu de vomissements, quelques selles, réaction établie. (Diète, eau de Sedlitz, 2 litres, 3 lavements purgatifs.)

Le 2. Bon état. (Diète, org. miellée, lavement purgatif.)

Le 3. Facies très-abattu, yeux cernés, pupilles dilatées, voix voilée, extrémités froides et cyanosées, sentiment de brûlure dans le ventre et le long de l'œsophage (pyrosis); vomissements fréquents, selles blanchâtres, pouls très-petit, à peine sensible. (Org. miellée, eau de Sedlitz, 2 litres, lavement purgatif *ter*; onctions mercurielles sur l'abdomen, cruchons d'eau chaude aux extrémités.)

Le soir. Même état.

Élixir cordial composé comme il suit :

Prenez : Genièvre de Hollande. . . .	1 litre.	
Dans lequel on fait macérer pendant trois jours :		
Gentiane.	45	grammes.
Aunée.	45	—
Angélique.	45	—
Acore vraie.	45	—

Potion excitante avec : infusion de menthe et acétate d'ammoniaque, citrate de magnésie pour la nuit.

Le 4. Facies meilleur, peu de vomissements, peu de selles, mais encore blanchâtres, extrémités chaudes, pouls petit. (Lim. au citrate de magnésie, *bis*, lavem. purgat. *ter*.)

Le soir. Céphalalgie, abattement, extrémités froides, pouls très petit. (Pot. éméto-cathart. et citrate de magnésie, *bis*.)

Le 5 avril. Un peu d'abattement, extrémités un peu froides, légèrement cyanosées, quelques vomissements verdâtres, selles jaunes avec grumeaux blanchâtres. (Orge miellée *bis*, eau de Sedlitz, 2 litres, lavement purgatif *ter*.)

Le soir, le malade est mieux, facies moins abattu, la chaleur revient aux extrémités, quelques vomissements, selles jaunes. (Infusion d'oranger avec sous-acétate d'ammoniaque, 8 grammes, alternée avec eau de Sedlitz, 2 litres.)

Le 6. Le malade se trouve bien, les bouts des doigts restent encore froids, un peu d'abattement, pas de selles, pas de vomissements. (Infusion d'oranger avec sous-acétate d'ammoniaque, alternée avec 2 litres d'eau de Sedlitz, lavement purgatif *ter.*)

Le soir, le malade n'a pas pris son eau de Sedlitz. (Citrate de magnésie, 2 litres.)

Le 7. Trois ou quatre selles bilieuses, noirâtres, quelques nausées sans vomissements, sentiment de légère pesanteur à l'épigastre, chaleur naturelle, pouls normal, facies bon, toujours un peu de lassitude. (Fleur d'oranger *bis*, eau de Sedlitz, 3 litres, lavement purgatif *ter.*)

Le 8. Toujours lassitude, langue sèche, chaleur normale, pouls normal, conjonctives injectées, ventre indolore, pas de vomissements, quelques selles. (Orge miellée *bis*, lavement purgatif *ter*, potion avec manne, 60 grammes, sulfate de magnésie, 20 grammes.)

Le soir, mieux, langue humide.

Le 9. Quelques selles, moins d'accablement. (Bouillon maigre, orge miellée *bis*, lavement purgatif *ter*, potion avec décoction de quinquina.)

Le soir, une seule selle après le lavement. Le malade est de mieux en mieux, la convalescence commence à s'établir.

Chez ce malade, l'administration des éméto-cathartiques avait rapidement amené une amélioration notable de l'état du sujet. La réaction semblait parfaitement établie, lorsque, sous l'influence de causes qu'il ne nous est pas permis d'apprécier, il y eut une rechute, une recrudescence notable des accidents algides et cyaniques. C'est pour remplir l'urgente indication suscitée par cette circonstance que le médecin crut devoir un instant s'écarter de la ligne qu'il s'était tracée. Mais une fois cette indication passagère remplie, nous le voyons revenir, et toujours avec le même succès, à l'administration des évacuants, dont il prolongea pendant un assez longtemps encore l'usage à une dose un peu élevée, mais que l'événement démontrera n'avoir pas été exagérée.

Les faits rapportés dans notre précédente Revue sont aujourd'hui complets, et voici le résumé statistique du nombre des cas où la méthode a été mise en usage et des résultats obtenus.

Des 7 malades dont nous avons rapporté l'observation dans la

dernière Revue, les nommés Kieffer (obs. XVI), Dougny (obs. XVII) et Guillaumar (obs. XVIII) dont l'état, bien que notablement amélioré, pouvait laisser encore des doutes sur l'issue de la maladie, sont entrés depuis en pleine convalescence, sous l'influence des mêmes moyens, employés avec la même persévérance. Chez les autres, la convalescence déjà établie s'est confirmée.

En somme, sur 42 malades traités dans ce service jusqu'au 10 avril, il y a eu 14 décès ; 2 seulement sur ces 14 avaient été traités par la méthode évacuante ; les 28 autres, tous traités par cette méthode, sont en pleine convalescence.

En preuve d'impartialité complète, nous allons rapporter un fait observé en dehors des hôpitaux, et dans lequel la méthode vomi-purgative a paru beaucoup moins heureuse.

Choléra asiatique ; diarrhée prodromique de vingt-quatre heures ; emploi de la méthode évacuante à haute dose ; aucune évacuation ; mort au bout de douze heures.

Obs. VIII. — La nommée Alvazi, 40 ans, écaillère, rue Saint-André, 70, d'une bonne santé habituelle, d'un tempérament nervoso-sanguin, fut prise, le 6 avril au matin, sans cause connue, de diarrhée demi-liquide d'abord, puis tout à fait séreuse, jaunâtre. Elle eut dix selles dans la journée, sans coliques, et ne se sentit pas assez malade pour discontinuer ses occupations. Pendant toute cette journée du 6, elle eut de l'appétit autant qu'à l'ordinaire, et mangea comme d'habitude.

Dans la nuit, trois ou quatre selles encore. Vers quatre heures du matin, vomissements de matières blanches comme du lait caillé, au dire de la malade et de son mari ; selles tout à fait blanches ; crampes très-violentes dans les jambes, puis dans les bras ; pas de céphalalgie.

Un médecin, appelé à six heures, deux heures après l'apparition des accidents, prescrit des sinapismes sur les membres, une infusion de camomille chaude pour boisson, et un quart de lavement contenant 7 gouttes de laudanum.

Le lavement, donné sur-le-champ, est rendu immédiatement dans le lit. Encore un vomissement ; deux ou trois selles blanches ; aggravation des accidents.

A onze heures et demie, le docteur Foucart est appelé près de la malade. Voici l'état dans lequel il la trouve : yeux caves, violets, à demi ouverts ; refroidissement des mains, des pieds et des jambes. La langue est encore chaude, ainsi que la peau de la face et du front. Crampes très-violentes dans les bras, les mains, les jambes et les cuisses ; intelligence nette : pas de sup-

pression des urines. La malade a uriné dans le lit il y a une demi-heure. Les vomissements ont cessé depuis trois heures. Pouls nul ; aphonie; flaccidité de la peau, qui garde l'empreinte des doigts. (Pour boisson, thé chaud avec un dixième d'eau-de-vie, deux cuillerées toutes les dix minutes ; un demi-gramme d'ipécacuanha tous les quarts d'heure jusqu'à vomissement.)

Une heure de l'après-midi. Persistance et même aggravation des phénomènes. Le docteur Brochin, invité à assister à cette visite, constate le refroidissement des extrémités, la couleur des lèvres, violettes comme si on les eût frottées avec du jus de mûres; refroidissement de la face et du front ; pas de selles. Les crampes sont plus rares ; de temps en temps seulement dans les jambes et les cuisses. Un peu de douleurs épigastriques et lombaires. La malade dit se bien trouver des frictions. Soif très-vive ; pas de vomissements, malgré 4 grammes d'ipécacuanha ; pouls insensible. (Quatre nouvelles prises d'ipécacuanha ; sulfate de soude, 30 gr. en lavement; thé; eau-de-vie; frictions continuelles.

Trois heures. Le lavement a été rendu et suivi d'une selle blanche, floconneuse. Pas de vomissements ; quelques nausées. Le pouls est toujours insaisissable.

A quatre heures. On sent le pouls radial ; 96 pulsations filiformes. La malade a, dit-on, uriné dans son lit. Les lèvres sont moins violettes. Un peu de réchauffement de la peau de la face ; diminution des crampes ; pas de vomissements. La malade a pris en tout 6 gr. d'ipécacuanha depuis midi. (Nouveau lavement avec sulfate de soude, 30 gr. Même traitement. Deux verres d'eau de Sedlitz.)

A six heures, les bras et les jambes sont chauds ; les pieds et les mains commencent à reprendre un peu de chaleur ; les crampes sont assez rares. On assure que la malade a uriné ; du moins ses draps sont mouillés. Quelques tendances aux défaillances de loin en loin. Les lèvres, molles, noires et pâteuses ce matin, sans élasticité, sont redevenues plus roses et plus élastiques. Peau un peu moite, visqueuse. L'intelligence est parfaitement conservée. La malade voudrait être mise dans un bain, qui, dit-elle, lui ferait du bien, et que ne permettent pas de lui donner l'état de dénûment où elle se trouve et l'impossibilité d'avoir des linges chauds, etc. On conçoit quelque espoir de voir enfin s'établir une réaction franche. Pas d'évacuations; ni selles ni vomissements. Elle a pris depuis midi 6 grammes d'ipécacuanha et deux verres d'eau de Sedlitz.

A sept heures et demie, on vient chercher le médecin en toute hâte.

La malade est froide, les yeux fixes, éteints; la face exprime une terreur indicible. Il n'y a plus de connaissance ; sueur visqueuse, gluante ; quelques rares inspirations.

La malade expire quelques minutes après.

S'il est utile de reconnaître les cas d'insuccès et de les mettre en regard des cas heureux où la maladie s'est terminée par la guérison, il doit être aussi permis de chercher à se rendre compte de la différence des effets sous l'influence apparente des mêmes causes. Or ici, bien que le sujet n'offrît pas de mauvaises conditions de constitution ni de force, quoique la médication eût été mise en usage à une époque du mal qui paraissait encore favorable, on ne saurait méconnaître que l'estomac et tout le tube digestif se trouvaient dans des conditions d'inertie peu propres à faire obtenir les bénéfices de la médication. C'est là un de ces cas où, dans un espace de temps très-court l'économie se trouve en quelque sorte foudroyée tout entière par l'intoxication cholérique, au point de ne plus avoir la force de réagir, même avec l'aide des moyens perturbateurs les plus énergiques.

Lorsqu'un médicament ne peut agir, n'est-il pas raisonnable de ne pas imputer son insuccès à l'inefficacité propre de son action médicamenteuse, mais bien aux circonstances particulières, connues ou inconnues, du fait particulier dans lequel on observe cette irrégularité, cette dérogation à la loi normale ? Les exemples de ce genre se sont rencontrés assez fréquemment dans le choléra pour que l'on doive comprendre et admettre la portée de ces réflexions.

TROISIÈME SECTION. — *Méthodes mixtes.*

Parmi les méthodes mixtes, il en est que l'on peut dire *sympathiques*, et d'autres que l'on pourrait à bon droit appeler, qu'on nous passe l'expression, *antipathiques* ; les unes se composant des moyens qui, bien que différents, peuvent devenir les auxiliaires les uns des autres ; les secondes se composant au contraire de moyens qui semblent contradictoires, du moins d'après l'idée qu'on se forme généralement du choléra. C'est parmi les premières que nous choisirons surtout les exemples de ces méthodes mixtes.

Choléra asiatique, bien caractérisé ; diarrhée prodromique de quatre jours ; évacuations blanches ; traitement mixte par les stimulants, les opiacés et les vomitifs. (Hôpital du Val-de-Grâce. — Service de M. Lévy.)

Obs. IX. — Hizel, 27 ans, six ans de service, 27e de ligne,

caserné à l'*Ave-Maria*, à Paris depuis un mois, entré à l'hôpital le 5 avril, à trois heures du soir, couché à la salle 25, n° 9.

D'une bonne constitution, d'une bonne santé habituelle, cet homme fut pris, il y a quatre jours, de céphalalgie, d'un peu de diarrhée ; il y a deux jours, les accidents ont augmenté, la diarrhée est devenue plus abondante ; selles mêlées d'une grande quantité de sang ; vomissements très-nombreux, jaunes, que le malade dit, avec un peu d'exagération sans doute, avoir eu lieu tous les quarts d'heure.

Le 5 avril, à trois heures du soir, on apporte le malade à l'hôpital. Pouls à 96, 100 par minute, très-petit. Refroidissement de la peau ; céphalalgie ; teinte bleuâtre de la peau du visage surtout ; langue rude, sèche ; persistance de la diarrhée depuis le matin. Suppression des urines depuis la veille ; douleurs abdominales et épigastriques très-intenses, surtout à la pression ; pas de crampes dans les membres ; soif ardente. (Bain d'air chaud ; potion gommeuse avec eau de mélisse, acétate d'amm., éther et laudanum.)

A six heures, deux selles blanches comme de l'eau de riz ; persistance du froid. (Limonade citrique ; glace ; lavement amylacé additionné d'opium, 0,05. Un second bain d'air chaud ; continuer la portion stimulante.)

Du 5 au 6, six vomissements blancs, sept selles de la même nature que celles de la veille, floconneuses ; pas d'urines.

Le 6, à la visite du matin, pouls à 108, prostration ; le malade dit qu'il lui serait impossible de se tenir levé ; chaleur un peu revenue, mais faible encore ; face un peu cyanique, plus violette qu'hier ; les yeux sont caves, cerclés de noir ; la céphalalgie a disparu ; la langue humide, blanche ; gargouillement dans la fosse iliaque droite. (Potion gommeuse ; trois prises d'ipécacuanha ; limonade citrique. Cruchons d'eau chaude aux pieds.)

Le 6, à six heures du soir, dix vomissements et treize selles riziformes depuis le matin. Pouls à 108 ; les yeux sont moins caves. Même état cyanique. (Limonade citrique ; quart de lavement opiacé.)

A neuf heures du soir, deux nouvelles selles blanches ; deux vomissements aqueux, avec un léger dépôt blanchâtre.

Le 7 au matin, pouls 96, prostration moindre ; un peu de gargouillement iliaque. (Six paquets d'ipécacuanha de 0,05 gr. chaque ; limonade citrique ; diète.)

Du 7 au 8, quatre selles blanches.

Le 8, face vineuse, les yeux toujours cerclés de violet. La langue est redevenue sèche ; un peu d'excitation cérébrale (Limonade citrique.)

Dans la journée, deux selles demi-stercorales.

Le 9, deux selles blanchâtres dans la nuit ; langue blanche, humide ; nuage albumineux dans les urines. Pouls à 72. (Limonade gazeuse ; potion gommeuse simple.)

Le 10, deux vomissements hier ; trois selles dans la nuit, un peu plus consistantes ; urines ; pouls à 60. (Bouillon.)

Le 11, nuit bonne ; langue d'un gris jaunâtre ; soif vive ; gargouillement iliaque. (Vin sucré, 125 grammes ; bouillon.)

Le 12, une selle jaune demi-stercorale ; pouls à 72. (Bouillon ; café noir, 125 grammes ; glace.)

On ne saurait qu'approuver le praticien qui, en présence de la persévérance du mal, cherche quelques secours dans d'autres moyens que ceux précédemment employés. C'est l'enseignement le plus ancien de la médecine hippocratique, *à juvantibus et lædentibus*. Pendant plusieurs jours, en effet, la méthode excitante n'a paru produire aucune espèce d'amélioration. Les évacuants paraissent au contraire avoir décidé la solution favorable. C'est donc déjà un principe qui explique et légitime la combinaison et la succession des méthodes qui ont fait isolément leurs preuves. Telles sont, à nos yeux, les méthodes excitantes et évacuantes.

C'est de ce fait que l'on pourra encore rapprocher avec quelque intérêt l'observation citée plus haut sous le n° VIII, et qui aurait pu aussi bien être placée, comme nous l'avons dit, dans la troisième que dans la deuxième série. Nous avons dit les raisons qui nous ont décidé à la maintenir dans la précédente section.

Méthodes spécifiques. — Cas de choléra traités par la méthode spécifique de M. Serres. (Sulfate de quinine, sulfure noir de mercure, onguent mercuriel.) — A l'appui de la communication faite par M. Serres à l'Académie des sciences, dans sa dernière séance, nous rapportons ci-après un certain nombre d'observations que nous devons à l'obligeance de M. Landeau, interne du service.

Aux cinq cas déjà rapportés précédemment nous en ajoutons onze autres, soit dans leurs détails, soit en résumé. Sur ces seize cas, il n'y a eu que quatre morts. Ce résultat, quoique fourni par un nombre d'observations encore trop restreint pour que l'on puisse en tirer des conclusions définitives, est bien de nature, néanmoins, à encourager les praticiens à marcher sur les traces de l'illustre professeur, et à tenter cette nouvelle voie.

Voici les principales observations :

Mauvaises conditions hygiéniques ; huit jours de diarrhée prodromique ; epistaxis et apparition des règles ; sulfate de quinine ; sulfure noir et frictions mercurielles ; guérison.

Obs. X. — Au n° 30 de la salle du Rosaire, se trouve une femme nommée Bernard (Claude), journalière, âgée de 34 ans, entrée le 26 mars.

Elle paraît d'une bonne constitution ; mais elle a eu à subir l'influence de mauvaises conditions hygiéniques dans un quartier insalubre. Depuis huit jours, elle avait un dévoiement continuel. Elle se présente avec une prostration extrême et une petitesse du pouls considérable. Les téguments sont froids (muqueuse et peau). La peau, visqueuse, n'a pas de ressort. Les lèvres sont bleues, la langue froide et grisâtre ; la face est violacée ; l'œil, très-enfoncé, est fixe et les paupières sont entr'ouvertes et immobiles. La voix est éteinte et la parole presque inintelligible. Les selles, abondantes, sont séreuses et tiennent en suspension de nombreux flocons albumineux. Il n'y a pas de crampes. La malade a uriné dans la matinée. (Prescription : Infusion de thé, 2 litres ; limonade au citron, 1 litre ; trois quarts de lavement avec amidon, 0,20 de camphre, 0,20 de sulfate de quinine et 8 gouttes de laudanum dans chaque quart ; potion anti-émétique de Rivière ; alèzes et boules d'eau chaudes pour réchauffer.)

La chaleur revient peu à peu, et le pouls se relève environ une heure ou deux après l'entrée de la malade.

Le 27 mars. Les garde-robes continuent dans la nuit et dans la matinée, toujours avec le même caractère ; elle s'accompagnent pour la première fois de vomissements, clairs, liquides, avec des grumeaux blancs disséminés. La malade n'éprouve pas de crampes ; elle n'urine pas. L'abattement est considérable. (Limonade vineuse ; eau de Seltz ; 4 pilules de sulfate noir de mercure ; onctions mercurielles.)

Les vomissements diminuent dans la journée. Il n'y a pas d'urines. Le ventre est souple, et la pression y détermine du gargouillement.

Le 28. Le dévoiement se maintient, et les selles ont le même aspect. La malade est assoupie, parle d'une voix étouffée et accuse une vive douleur, qu'on peut rattacher aux attaches du diaphragme. Le pouls est relevé ; il est lent. Il n'y a plus de vomissements. (Chiendent avec le sirop des cinq-racines ; eau de Seltz ; quatre pilules de sulfure noir ; onctions mercurielles.)

Le soir, la peau est chaude, le visage coloré. La malade est assoupie ; elle a uriné légèrement.

Le 29. La nuit est calme. Le matin, la malade est trouvée en pleine réaction. Coloration de la face ; assoupissement prolongé ; ni garde-robes ni vomissements ; douleur vive aux attaches du diaphragme. (Tilleul orangé sucré ; deux juleps gommeux ; quatre pilules de sulfure noir.)

Le soir, la peau est chaude, le pouls plein et fréquent ; assoupissement continuel. Il y a un peu de céphalalgie. La voix est éteinte et la parole embarrassée.

Le 30. L'état général est à peu près comme la veille. Un peu de dévoiement, sans le caractère séreux de selles; légers vomissements. La malade urine. (Tilleul orangé ; deux juleps gommeux ; un quart de lavement amidonné.)

Le dévoiement cesse ; la réaction est très-forte. (Sinapismes aux membres inférieurs.)

Le 31. La malade a eu un saignement de nez abondant dans la matinée. Les règles, qui étaient arrêtées depuis deux mois, ont paru il a deux jours. Assoupissement moindre. La physionomie a moins de stupeur. L'état général est notablement meilleur. (Même prescription que la veille.)

Le 1er avril. L'amélioration fait des progrès. Les jours suivants, la malade prend progressivement des aliments ; elle sort le 9 avril, complétement guérie.

Vomissements et diarrhée prodromique pendant cinq jours ; mauvaises conditions hygiéniques ; lavements laudanisés avec le sulfate de quinine ; sulfure noir et onctions mercurielles.

Obs. XI. — An n° 46 de la salle Saint-Athanase, se trouve le nommé Ernest (Pierre), journalier, âgé de 49 ans ; il est entré le 27 mars.

Il habite ordinairement une chambre humide et mal aérée, et se nourrit d'aliments de mauvaise qualité.

Cinq jours avant son entrée, c'est-à-dire avant le début sérieux de la maladie, il a eu des vomissements et un dévoiement considérables, d'un liquide que le malade compare à de l'eau claire. Il a continué ses occupations habituelles les jours suivants ; mais mardi 27, des crampes, des frissons, une augmentation dans les évacuations sont survenus. On l'a transporté à la Pitié le soir.

Les membres, le tronc, les muqueuses, la langue, sont refroidis. La peau, humide, visqueuse, revient lentement, après avoir été pincée. Les lèvres sont bleues, les yeux enfoncés, le pouls très-petit. Le malade évacue par en haut et par en bas un liquide clair, transparent, où nagent quelques flocons blanchâtres. La sécrétion urinaire est supprimée. Crampes doulou-

reuses aux membres inférieurs. (Infusion de thé, deux pots : un pot de limonade au citron ; trois quarts de lavement amidonné avec 0,20 de sulfate de quinine, 2,02 camphre et 8 gouttes de laudanum dans chaque quart ; potion de Rivière.)

Le 28 mars. Prompte amélioration. Ni crampes ni vomissements ; petite quantité d'urines ; peau chaude ; pouls relevé. Le dévoiement continue avec le même caractère. La physionomie garde encore son cachet cholérique. (Limonade au citron ; quatre pilules de sulfure noir de mercure ; onctions mercurielles ; deux quarts de lavement avec le camphre, le sulfate de quinine et quatre gouttes de laudanum ; cataplasmes sur le ventre.)

Dans la journée, le pouls est plein, sans fréquence, le visage coloré, la peau chaude. La réaction se prononce.

Le 29. Les vomissements, le dévoiement ont complétement cessé. Le malade urine. La réaction continue. (Même prescription.)

Le soir, la peau est plus chaude, le visage plus coloré. Un peu de dévoiement.

Le 30. L'amélioration continue. Il y a encore quelques garde-robes liquides. Le malade urine d'une manière régulière ; il conserve sur sa face des restes de l'aspect cholérique, qu'il a offert à un très-haut degré. Il accuse une douleur au niveau des attaches du diaphragme. (Même prescription.)

La convalescence s'établit franchement le 1er avril, et le malade quitte l'hôpital en bon état le 5 avril.

Crampes se continuant dans la convalescence ; apparition des règles ; traitement par le sulfate de quinine en lavements, les pilules et les onctions mercurielles.

Obs. XII. — Le 30 mars, dans la soirée, salle du Rosaire, n° 3, entre une femme âgée de 25 ans, nommée Ricard (Véronique), blanchisseuse. Elle a eu à subir des privations nombreuses, l'influence d'une nourriture défectueuse, d'un logement malsain, d'un quartier insalubre.

Le matin même de son entrée, un grand dévoiement d'abord ; un peu plus tard des vomissements se sont manifestés ; bientôt des crampes et le refroidissement s'y joignent. On l'a transportée à l'hôpital à midi et demi.

Tout le corps est froid et empreint d'une moiteur visqueuse. Les téguments sont sans élasticité ; pouls extrêmement petit. La face offre l'expression cholérique d'une manière très-marquée ; les yeux fixes, quelquefois déviés ; les paupières entr'ouvertes, dans l'immobilité, le visage marbré, les lèvres cyanosées, la langue froide et brunâtre, la voix sans timbre, des crampes exces-

sivement douloureuses dans les jambes, les cuisses, les mains et les bras. Dévoiement et vomissements considérables. La malade rend un liquide clair avec de rares grumeaux blancs. Pas d'urine depuis la veille ; beaucoup d'agitation. (Trois quarts de lavement laudanisé avec le sulfate de quinine, *ut supra ;* potion de Rivière ; infusion de thé et limonade au citron.)

Plus tard, la malade se réchauffe difficilement ; les phénomènes du matin continuent aussi intenses. Vives douleurs aux lombes ; immobilité des yeux et des paupières.

Le 31. Le dévoiement continue avec la même abondance ; les vomissements diminuent ; pas d'urine ; caractère de la face tout aussi prononcé. Les crampes sont très-douloureuses. (Limonade au citron, deux citrons ; potion anti-émétique ; deux onctions mercurielles ; trois quarts de lavement, *ut supra.*)

Le soir, amélioration légère. Les évacuation sont moindres, les crampes moins fortes.

Le 1er avril. Nuit calme. Le matin, la réaction commence. Coloration du visage ; pouls relevé ; peau chaude. La malade n'urine pas. Il y a des nausées et quelques vomissements de liquide séreux. (Même prescription, avec quatre pilules de sulfure noir.)

Dans la journée, la réaction se prononce un peu plus.

Le 2. Les garde-robes ont diminué ; elles sont un peu modifiées, quoique très-liquides encore. Nausées et légers vomissements ; pas d'urines ; le pouls relevé. La malade est assoupie. (Orge ; oxymel ; eau de Seltz ; deux citrons ; deux juleps gommeux ; 4 pilules et onctions mercurielles ; potion de Rivière.)

Pas de changement sensible le soir.

Le 3. La nuit est assez bonne. Vers le matin, vomissement séro-albumineux ; réaction un peu vive ; peau chaude ; pouls lent et un peu dur ; assoupissement ; soif vive ; langue blanche au milieu, rouge aux bords. (Glace ; gomme sucrée ; eau de Seltz ; deux citrons, trois quarts de lavement laudanisé au sulfate de quinine, *ut supra.*)

Les vomissements se suppriment, les garde-robes se colorent en vert. La malade urine un peu, mais difficilement, elle est assoupie, abattue, offre l'aspect typhoïde. Les règles apparaissent.

Le 4. Ni garde-robes ni vomissements, un peu de céphalalgie. La malade urine facilement, elle éprouve de la douleur aux attaches du diaphragme et des crampes légères dans les membres. La réaction continue. (Eau de Seltz, deux juleps gommeux.)

Le soir, assoupissement, peau chaude, visage coloré, un peu d'oppression. (Sinapismes aux membres inférieurs.)

Le 5. Pas d'évacuations, un peu de somnolence. Amélioration

notable. (Deux pilules de sulfure noir. Le reste comme la veille.)

Le 6. Le mieux augmente, la voix recouvre son timbre normal, l'état général est satisfaisant, quelques crampes. (Même prescription.)

Les jours suivants, la convalescence s'établit, les règles ont coulé comme d'habitude. La malade accuse toujours des crampes, des engourdissements dans les jambes, dans les doigts et les bras.

Malaise et diarrhée prodromiques ; rechute ; mauvaises conditions hygiéniques ; sulfate de quinine, pilules et onctions mrcurielles.

Obs. XIII. — Le nommé Delattoche (Louis Théodore), âgé de 31 ans, tailleur, a été apporté, salle Saint-Athanase, n° 3, le 31 mars. Il se trouvait dans les plus mauvaises conditions hygiéniques, et il présente une constitution débilitée par la misère.

Trois jours avant son entrée, il avait éprouvé un malaise général, puis un dévoiement qui a augmenté les jours suivants, des crampes douloureuses, du refroidissement.

A son arrivée, vomissements et selles abondantes, involontaires ; peau froide et sans ressort, facies on ne peut plus caractérisé ; yeux caves, paupières immobiles, matières évacuées séreuses avec flocons blancs, pouls insensible, crampes douloureuses aux membres inférieurs, refroidissement général, urines supprimées. (Trois quarts de lavement laudanisé avec sulfate de quinine, *ut supra* ; potion de Rivière, infusion de thé et limonade au citron.)

Le malade se réchauffe difficilement.

Le 1er avril. Évacuations continues. La physionomie est abattue, la peau chaude, le pouls sensible, un peu d'urines. (Même prescription.)

Le soir et la nuit suivante, une sueur copieuse se manifeste.

Le 2. La réaction commence. La visage se colore, le pouls se relève, la peau est chaude. Le malade est assoupi. Nausées et vomissements. (Sangsues aux apophyses mastoïdes, limonade au citron, quatre pilules de sulfure noir, onctions mercurielles ; deux quarts de lavement, *ut supra*, cataplasmes.)

Plus tard le malade se plaint de quelques crampes dans la journée. La réaction se prononce.

Le 3. Le malade est un peu assoupi, il a eu quelques vomissements et quelques garde-robes. Le changement de lit lui donne des frissons, uu refroidissement général, amène un abaissement considérable du pouls et un redoublement de vomissements. (Gomme sucrée, onctions mercurielles, vésicatoire à l'épigastre, deux quarts de lavement, *ut supra.*)

Dans la journée, il se réchauffe facilement. Il y a trois garde robes jaunâtres avec grumeaux blancs, quelques vomissements d'un liquide clair. (Potion antiémétique.)

Le 4. Pendant la nuit, vomissements séreux, garde-robes plus consistantes. Le matin, nulle évacuation, pas d'urines, un peu de réaction, quelques crampes. (Même prescription.)

Le soir, le malade éprouve de l'oppression, une coloration vive de la face, assoupissement, yeux entr'ouverts. Les vomissements et les garde-robes continuent. (Sinapismes promenés sur les membres inférieurs.)

Le 5. Vomissements presque supprimés. Les selles, quoique liquides, ont une coloration verdâtre. Il urine peu, le ventre est gros, la vessie distendue. On retire par la sonde une grande quantité d'une urine colorée. (Même prescription, formentations aromatiques sur le ventre.)

Le 6. Le malade est sondé deux fois par jour. Il est très-abattu, toutefois tout fait espérer la guérison. Il y a une amélioration qui se soutient.

Vomissements au début; absence de dévoiement; convalescence rapide; sulfate de quinine ; pilules et onctions mercurielles.

Obs. XIV. — Lenoël (Henriette-Adélaïde), âgée de 38 ans, couturière, a été admise à la Pitié, salle du Rosaire, n° 37. Elle a eu à supporter des privations de toute espèce. Entrée le 1er avril dans la soirée.

Le 1er avril au matin, elle a été prise de dévoiement, avec frisson et refroidissement général, les vomissements ont continué dans la journée jusqu'à son admission.

Elle a les yeux caves, les lèvres bleues, crampes très-douloureuses aux jambes ; peau froide, pas de dévoiement, les matières vomies sont transparentes, aqueuses , avec des grumeaux blancs, pouls très-petit, douleur très-vive aux attaches du diaphragme, sécrétion urinaire presque complétement supprimée. (Deux quarts de lavement laudanisé au sulfate de quinine *ut supra.*)

Le soir, la malade se réchauffe avec facilité, le pouls se relève, les vomissements continuent. (Potion de Rivière, thé et limonade au citron.)

Le 2. La nuit, il se manifeste une sueur copieuse, pas de garde-robes, pas d'urines, les vomissements ont cessé, quelques crampes aux membres inférieurs, la douleur diaphragmatique persiste. (Limonade au citron, deux citrons, potion anti-émétique, julep gommeux, six pilules de sulfure noir, onctions mercurielles.)

Le 3. La malade accuse encore une douleur vive à la base de la poitrine, l'état général est meilleur, pas de garde-robes, urine difficilement évacuée, peau moite, pouls un peu plein, un peu de réaction. (Limonade citrique, lavement émollient.)

Le 4. Quelques crampes, coliques, une garde-robe sans dévoiement, langue sale, bouche amère, amélioration notable. (Même prescription.)

Les jours suivants, la convalescence s'établit franchement.

Cinq jours de prodromes (diarrhée et vomissements); sulfate de quinine; pilules de sulfure noir; onctions mercurielles, convalescence rapide.

Obs. XV. — Au n. 4 de la salle Saint-Athanase, est entré, le 2 avril, Boucher (Jean-Baptiste), âgé de 30 ans, peintre.

Le 28 mars, cinq jours avant son entrée, il a eu des vomissements et du dévoiement avec matières d'abord bilieuses, puis séreuses. Les jours suivants, les évacuations ont continué.

Le 31 mars et le 2 avril, crampes douloureuses dans les membres inférieurs, refroidissement général. Voix éteinte, lèvres bleues, les yeux entourés d'un cercle noir, téguments froids, le pouls petit, les matières évacuées par en haut et par en bas consistent en un liquide semblable à du petit-lait. (Thé et limonade au citron, trois quarts de lavement amidoné avec 0,20 sulfate de quinine, 0,20 camphre, et huit gouttes de laudanum dans chaque quart, potion anti-émétique de Rivière.)

Le 3. Le dévoiement et les vomissements ont cessé, la peau est chaude, le pouls normal, quelques crampes aux jambes, soif intense, langue blanche au milieu, rouge sur les bords, l'amélioration a été remarquablement prompte. (Limonade au citron, 4 pilules sulfure noir, onctions mercurielles; cataplasmes, 2 juleps gommeux, deux quarts de lavement *ut supra.*)

L'amélioration se soutient.

Le 4 et suivant. Le malade se lève, prend des aliments. Il sort complétement guéri le 7 avril.

Invasion rapide; diarrhée intense; sueurs critiques; convalescence prompte; sulfate de quinine; sulfure noir; onctions mercurielles.

Obs XVI. — Le 3 avril, à deux heures de l'après-midi, à été admis à la Pitié, salle Saint-Athanase, n° 5, le nommé Forêt (Louis Théodore), âgé de 29 ans, paveur. A huit heures du matin, diarrhée intense avec coliques; les selles, très-abondantes d'abord, colorées en vert et légèrement consistantes, sont bientôt devenues liquides, claires et semblables à de l'eau de riz.

Peau froide, sans élasticité, pouls à peine sensible, les yeux enfoncés, cerclés de noir, les muqueuses bleues, la langue froide et sale, la voix étouffée, tout le corps est refroidi, des crampes excessivement douloureuses dans les membres supérieurs et inférieurs, mais surtout dans la masse des muscles de la jambe. Les vomissements sont répétés, le dévoiement abondant. Il rend ce liquide semblable à l'eau de riz, comme le malade l'avait dit lui-même, un peu d'urine ce matin. (Quart de lavement avec le ratanhia et le laudanum, une moitié de potion laudanisée, deux quarts de lavement laudanisé au sulfate de quinine, comme plus haut, une potion de Rivière, infusion de thé et limonade au citron.)

Plus tard, le dévoiement et les vomissements continuent, l'abattement est extrême, les crampes excessivement douloureuses, sueur froide, la physionomie porte fortement imprimé l'aspect cholérique.

Le 4. Les crampes qui tourmentaient si affreusement le malade s'apaisent dans la nuit. Les vomissements et les gardes-robes persistent, cependant le matin ils cessent. Le corps est couvert d'une sueur chaude, pouls relevé, peu d'urine. Le malade, quoique très-abattu, accuse du soulagement. (Limonade au citron, potion de Rivière, trois quarts de lavement laudanisé au sulfate de quinine, onctions mercurielles, cataplasmes.)

Crampes pendant la journée, vomissements, mais peu intenses, le dévoiement continue avec assez d'abondance, quoique moins clair et moins liquide, peau moite, un peu d'urine.

Le 5. Sueurs de bonne nature, vomissements et selles supprimés, les crampes bien apaisées, la sécrétion urinaire facile, langue blanche au milieu, rouge aux bord, soif un peu vive, la voix, qui était étouffée, sort librement et clairement. (Limonade au citron, 4 pilules de sulfure noir, onctions mercurielles, cataplasmes.)

Le 6. Quelques crampes légères, le visage est comme changé, et offre comme une expression nouvelle, amélioration très-grande et très-rapide. (Même prescription.)

Le convalescence s'établit franchement les jours suivants.

Les observations que nous venons de rapporter diffèrent assez peu au point de vue pathologique, pour que nous nous dispensions de toute réflexion.

Au point de vue thérapeutique, elles offrent une confirmation, digne d'être prise en considération, des idées et de la méthode qui en a été la conséquence. Cependant, ainsi que l'a fait remarquer l'honorable médecin de la Pitié, ces faits sont encore trop peu nombreux pour permettre d'asseoir un jugement complète-

ment motivé. L'observation ultérieure achèvera sans doute de fixer l'opinion à cet égard.

Parmi les cas traités par la même méthode, se trouvent, avons-nous dit, 4 décès, bien qu'il importe d'en tenir compte pour la détermination des succès, nous nous dispensons de les rapporter avec détails, comme n'offrant pas un intérêt direct eu égard à la médication que nous avons en vue de faire connaître. Disons cependant que, dans la plupart des cas, la mort a été tellement rapide que l'on peut croire avec quelque fondement que la médication n'a pas eu le temps d'exercer son influence. Il s'agissait ou outre de malades appartenant à un quartier réputé pour son insalubrité (12e arrondissement), et à une classe de malades malheureusement trop mal disposés par la misère et les privations.

---

3. *Note et observations sur le diabète sucré*; par le docteur Francis Devay, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

(Gazette médicale de Paris, N° 21 ; 1849.)

Si les travaux modernes de chimie pathologique ont jeté de grandes lumières sur la nature de l'affection glucosurique ; si, grâce à ses efforts, le médecin, mis en présence de cette bizarre maladie, s'approche, autant peut-être qu'il est humainement possible de le faire, du point de départ des mystérieuses créations de la pathogénie, il n'en est pas moins vrai que, sous le rapport de l'étiologie et du traitement, le diabète offre au praticien un caractère de nouveauté. Une des particularités les plus intéressantes de cette maladie, et qui de nos jours commence à être comprise, c'est celle qui se rattache à l'obscurité de ses prodromes. Cette circonstance n'avait point échappé à l'observation de quelques médecins de l'antiquité : *Diuturna est hujus morbi creatio et longo tempore parturitur*, a dit Aretée. L'augmentation des urines et l'intensité de la soif ne donnant souvent l'éveil, pour la recherche du principe sucré, que plusieurs mois, une ou plusieurs années peut-être après l'époque à laquelle l'analyse chimique eût déjà fait reconnaître la présence du glucose, il en résulte que les prodromes ont été fréquemment méconnus, ou rattachés à une autre affection. Nous citerons plus loin une observation de ce dernier genre.

Il est juste aussi de reconnaître qu'une trop grande sécurité de la part des glucosuriques les porte à laisser ignorer aux médecins les premiers indices de leur redoutable affection. En effet, comme dans la plupart des maladies lentes où le patient n'est point averti par la douleur, il ne s'aperçoit de son infirmité ou

ne s'en inquiète qu'après qu'elle a fait en lui un long sejour ou modifié profondément ses organes. Il ne s'adresse au médecin que lorsque ses forces l'abandonnent, ou qu'il a éprouvé des dérangements devenus depuis longtemps habituels. On ne saurait donc trop insister sur les débuts insidieux du diabète, et sur l'indispensable nécessité pour le médecin mis en présence d'un malade atteint d'une de ces formes d'affections consomptives, qu'on ne peut rattacher à une lésion organique particulière, d'explorer attentivement les urines. C'est dans la constitution de ces dernières qu'il aura souvent le bonheur de trouver le secret du fameux *principiis obsta*. M. Biot, à l'occasion de la perte faite par l'Institut d'un de ses plus illustres membres, M. Letronne, mort d'une affection diabétique devenue irremédiable par défaut de soins hygiéniques et médicaux, a proposé l'emploi journalier et clinique, à l'égal du stéthoscope, de son appareil optique ; il pense que ce mode d'exploration peut seul fournir aux médecins toutes les données expérimentales pour saisir la maladie dès ses premières traces et en mesurer toutes les nuances. En admettant la justesse de ces observations en ce qui concerne l'utilité d'avoir à sa disposition un procédé certain pour constater les premières atteintes du diabète, on ne saurait cependant croire, avec l'ingénieux inventeur, que son appareil seul, dont le prix est fort élevé du reste, offre le *nec plus ultra* d'un bon élément d'observation. Comme le lui ont fait observer de savants confrères, les procédés chimiques habituellement usités et dont l'exécution est facile sont d'une efficacité suffisante. Une fiole à médecine et un peu de potasse caustique vous révèleront facilement les premières traces de la glucosurie.

Ce sera donc à une investigation plus minutieuse, et surtout plus rapprochée du début de l'affection diabétique, que l'on devra de se fixer davantage sur les chances de sa curabilité. Sous ce dernier rapport, la pratique médicale a immensément gagné de nos jours. A la fin du siècle dernier, l'affection glucosurique était réputée incurable. Voici comment s'exprimait à cet égard un grand médecin :

« Aucun des malades que j'ai vus ni de ceux dont j'ai eu connaissance en Écosse n'a été guéri ; cependant j'en ai vu un assez grand nombre, et chez la plupart, on a employé avec le plus grand succès les remèdes recommandés par les auteurs. »

Diabète méconnu pendant la vie ; marasme attribué à une phthisie pulmonaire.

Obs. I. — Une femme âgée de 47 ans était couchée dans le

service des femmes fiévreuses, à l'Hôtel-Dieu, lorsque nous prîmes ce service au mois de juillet 1843, en remplacement de M. Dupasquier. Voici ce que nous constatons pendant la vie : amaigrissement considérable ; teint terreux et cachectique ; peau sèche. L'auscultation révèle du souffle bronchique dans les deux tiers supérieurs des deux poumons; l'expectoration est peu abondante, mais nummulaire ; état fébrile constant. Nous ne constatons rien de particulier du côté des voies digestives. Le traitement entier est dirigé contre l'affection pulmonaire, et consiste en loochs et en tisanes béchiques. L'amaigrissement et la fièvre hectique redoublent d'intensité jusqu'au 13 septembre, époque de la mort de cette malade.

Autopsie. — Les deux poumons sont farcis de tubercules, les uns à l'état cru et les autres à l'état de suppuration. Adhérences costales. Les voies digestives sont en parfait état. Le rein droit, qui nous paraît plus volumineux qu'à l'ordinaire, nous porte à examiner la vessie. Cet organe est rempli d'un fluide de consistance sirupeuse, qui excite vivement notre attention. Son aspect est semblable à du sirop de gomme récemment préparé ; il caramélise fortement lorsqu'on le verse sur une pelle rougie.

Il était impossible de douter que cette malade n'eût une affection de nature glucorique, marquée pendant la vie par la prédominance de symptômes graves du côté de la poitrine. Ce fait rentre dans la classe des *diabetes decipiens* admis par les anciens auteurs, et dans lesquels ni la soif excessive ni la profusion des urines ne mettent sur la voie de l'indication fondamentale. Quoique pendant la vie notre attention n'ait été provoquée par aucun soupçon touchant la véritable nature de l'affection, nous pouvons néanmoins affirmer qu'aucune de ces lésions fonctionnelles n'existait, à l'état grave du moins ; on peut voir encore dans cette observation un exemple de l'association de la phthisie pulmonaire au diabète, association si fréquente que Bardsley et Copland paraissent tenter de la placer au nombre des symptômes de cette dernière affection, à laquelle, en considération de ce fait, ils proposèrent de donner exclusivement la dénomination de *phthisurie sucrée*. Nous nous sommes demandé depuis lors si, dans le cas qui nous occupe, la phthisie pulmonaire jouait, par rapport au diabète, le rôle d'effet ou de simple complication. Les éléments nécessaires nous manquaient pour résoudre une semblable question, et nous avons dû demeurer dans le doute. L'année dernière, un nouveau fait s'est offert à nous, dans lequel nous avons pu reconnaître avec évidence qu'une affection pulmonaire grave s'était singulièrement amendée par l'effet seul de

la cessation de tout symptôme glucosurique. Nous en parlerons dans un instant.

Glucosurie existant depuis une année et demie; guérison coïncidant avec l'expulsion d'un ténia.

Obs. II. — La femme He., de V. (Rhône), repasseuse, vint nous consulter le 17 juillet 1848. Cette femme, qui a eu plusieurs enfants bien portants, a cessé d'être réglée depuis deux ans. Lors de notre premier interrogatoire, elle n'accuse que des symptômes gastralgiques. Ce n'est qu'après avoir reçu nos prescriptions, dirigées dans le sens de cette dernière affection, qu'elle nous entretient d'une soif très-vive qui la tourmente, et qu'elle est obligée de satisfaire presque à chaque instant par des torrents de boisson. Elle urine en proportion, et nous dit se trouver souvent dans la nécessité de vider son pot de chambre huit à neuf fois dans la nuit. Ces dernières circonstances, que la malade nous indique d'une manière tout à fait accessoire, deviennent capitales pour nous. Notre examen est plus minutieux. Nous constatons de la sécheresse à la peau, un amaigrissement assez notable ; il y a de l'essoufflement ; le teint du visage est légèrement couperosé ; les digestions sont pénibles ; l'appétit est bizarre et en quelque sorte dépravé. La malade a une grande répugnance pour la viande, et ne fait usage que d'oignons, de farineux et de laitage. Constipation opiniâtre ; insomnie. Les forces se perdent de plus en plus.

Examen des urines. — Les premières urines que nous avons examinées, conjointement avec M. Guillermont fils, qui, dans cette circonstance, a bien voulu nous prêter encore l'appui de son zèle et de ses lumières, étaient blanches et légèrement opaques ; elles étaient alcalines et n'avaient aucune odeur urineuse. Evaporées au bain-marie et à une très-douce chaleur, elles ont été converties en cristaux du jour au lendemain, et n'ont fourni que du sucre de glucose presque tout à fait blanc ; la proportion est de 12 p. 100.

Malgré toute l'insistance que nous avons mise pour obliger cette femme à suivre strictement la diète animale, elle n'a pu la supporter que quelques jours. Nous lui permettons alors l'usage de quelques végétaux frais et des œufs ; s'abstenir de tout aliment féculent, excepté du pain, dont elle ne peut supporter la privation ; tisane de petite centaurée, dans laquelle on fait dissoudre 10 à 12 grammes de bicarbonate de soude ; une cuillerée de vin de gentiane avant chaque repas.

Au bout de dix jours de ce traitement, les urines contiennent

à peu près la même quantité de glucose; mais elles sont devenues moins abondantes. (Continuation du même régime; y joindre quelques pastilles de lactate de fer, cinq à six par jour.)

Le 22 août, elle rend une portion de ténia cucurbitaire. Depuis ce jour la proportion des urines diminue au moins de moitié. La malade est mise à l'usage de l'écorce de racine de grenadier qu'elle prend deux fois dans la même semaine. Elle rend après la seconde dose une portion de ténia longue d'un mètre 5 cent. il nous est impossible de reconnaître la tête.

Les urines examinées à cette époque ont présenté à peu près la même quantité de sucre ; mais cette substance est beaucoup plus colorée; sa teinte est couleur café au lait foncé ; à l'odeur fortement urineuse, on reconnaît que les urines s'animalisent de plus en plus. La maladie est arrivée, d'après les caractères physiques et chimiques de la glucose, au début de la période de guérison.

Le même régime est maintenu jusqu'au 18 octobre, époque à laquelle nous cessons de voir la malade. Mais nous avions acquis la certitude, dès le 6 octobre, que les urines ne contenaient plus de glucose. Ayant depuis lors perdu complétement de vue cette malade, nous n'avons pu savoir si la guérison s'était maintenue (1).

Nous n'avons pas besoin d'insister sur toutes les circonstances dignes d'intérêt que présente cette observation; nous dirons seulement que les produits de sucre de glucose, recueillis à diverses reprises chez cette malade, présentent tous les caractères de transformation qui s'opèrent dans les urines sous l'influence d'un heureux traitement. Les échantillons que nous possédons et que nous avons mis sous les yeux des membres de la Société de médecine ne laissent aucun doute à cet égard. Dupuytren avait constaté aussi ces caractères. Le traitement animal, dit-il, conseillé par Rollo, a la même efficacité dans le diabète que le quinquina dans les fièvres intermittentes; sous son influence, l'urine commence par contenir de l'albumine; celle-ci disparaît au bout de quelque temps peu à peu pour faire place à l'urée,

(1) En médecine, un des premiers devoirs est de ne rien omettre des circonstances graves des faits observés, surtout lorsque les choses sont de nature à modifier les conclusions qu'on pourrait tirer. Des renseignements que nous venons de prendre nous ont appris que cette malade était morte il y a peu de jours. Voici dans quelles circonstances : depuis plusieurs mois, elle ne suivait aucun régime ; des femmes de la campagne la voyant toujours languissante lui conseillèrent de boire de l'absinthe; elle en but un litre environ en plusieurs jours, et a succombé à une inflammation gastro-intestinale. On n'a pu nous apprendre si, dans les derniers temps de sa vie, elle urinait beaucoup.

aux acides uriques et acéteux, et alors la sécrétion devient bientôt normale.

Diabète sucré compliqué de pneumonie chronique, alimentation exclusivement animale, guérison prompte et soutenue.

Obs. III. — M. Tr., instituteur à Roanne, âgé de 51 ans, a eu une sœur morte glucosurique. Il est lui-même atteint de cette affection depuis trois ans, et il a subi à diverses reprises, mais sans persévérance aucune, plusieurs traitements. Examiné par nous le 20 septembre 1848, il offre l'état suivant :

Émaciation de squelette ; la peau du visage, d'une teinte gris de plomb, adhère immédiatement aux surfaces osseuses ; toux opiniâtre, quinteuse ; obscurité du bruit vésiculaire au sommet du poumon gauche ; retentissement de la voix. Il y a eu plusieurs hémoptysies ; essoufflement. Rien à noter du côté des voies digestives, sinon l'acidité de la salive qui rougit le papier de tournesol. La quantité des urines n'excède guère la quantité normale. Ce n'est que vers le matin que M. Tr. est réveillé par le besoin de la mixtion. L'urine est peu colorée et alcaline ; évaporée, elle a cristallisé, mais assez difficilement ; répandue sur des charbons ardents, elle avait une odeur caramélisée. M. Tr. est soumis à un traitement exclusivement animal qu'il ne peut supporter sans dégoût ; il se prive complétement de pain. (Viandes rôties, grillées ; eau de Vichy pour boisson.)

Les urines, examinées quatre jours après, offrent à peu près la même quantité de sucre ; mais cette fois il ne cristallise pas. La toux et les autres symptômes du côté de la poitrine se sont singulièrement amendés. Le malade repose la nuit. (Prescription : Même régime, suivi avec la plus scrupuleuse exactitude ; gelée et tisane de lichen.)

Le 29, les urines sont observées de nouveau. Cette fois elles sont beaucoup plus colorées et d'une odeur fortement urineuse ; elles ne se caramélisent plus sur les charbons ardents. Une certaine quantité, mise en contact avec son poids d'acide nitrique, se concretait aussitôt et paraissait fournir beaucoup d'urée ; abandonnée pendant quelque temps, elle laissait déposer une poudre rougeâtre d'acide urique. Les urines avaient acquis les caractères d'une urine normale.

Le 31 octobre, le malade quitta Lyon dans un état de grande satisfaction, lorsque nous lui avons annoncé que ses urines ne contenaient plus de sucre. Il se promet de suivre encore longtemps le régime animal qui ne lui inspire encore aucune répugnance.

Depuis lors, M. Tr. a suivi pendant plusieurs mois le régime indiqué ; durant un mois de plus il a été soumis à l'usage du lait d'ânesse. Nous avons eu récemment l'occasion de nous assurer de l'absence complète de glucose dans les urines. Le 10 mars 1849, il nous mande qu'il a repris un peu d'embonpoint. C'est à dater de cette époque que nous lui prescrivons de reprendre le régime mixte ; depuis un mois seulement il s'était remis à l'usage du pain.

Diabète sucré alternant avec un diabète non sucré, sans amaigrissement ni trouble fonctionnel notable. (Observtion recueillie par M. R. Choppet, interne des hôpitaux.)

Obs. IV. — Marie Effantin, dévideuse, âgée de 51 ans, non mariée, entre à l'Hôtel-Dieu le 26 octobre 1848 et est couchée au n° 53 des femmes du petit dôme.

Elle présente les caractères du tempérament lymphatique sanguin, avec un embonpoint assez considérable. Une toux avec oppression qui la tourmente depuis environ quinze ans est revenue depuis une semaine avec une grande intensité. Râle sibilant et ronflant dans toute l'étendue des poumons ; expectoration abondante. La langue est blanche, rouge à la pointe ; l'appétit nul ; le pouls petit et fréquent s'accélère encore la nuit ; la soif est très-vive, et cependant, au dire de la malade, l'état fébrile a diminué sa soif habituelle. Elle raconte qu'en 1832, elle se vit atteinte, sans cause connue, d'un tel besoin de boissons, qu'elle absorba bientôt 18 litres de liquide par jour. La quantité des urines rendues était beaucoup plus considérable que celle des boissons ne pouvait le faire supposer. La malade entra alors à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. de la Prades. La présence du sucre fut constatée dans les urines, dont la quantité s'élevait jusqu'à 44 litres par jour, celle des boissons restant au chiffre de 18 à 20 litres. Après un an de traitement infructueux, cette femme sortit de l'hôpital, et la persistance du diabète pendant de longues années n'altéra en rien la santé générale. Les règles, habituellement très-abondantes, ayant pris, en 1837, les caractères de métrorrhagies graves, la malade subit un traitement assez long au dispensaire, et là on constate encore la présence du sucre dans les urines. En 1841, la suppression définitive du flux menstruel exerça une grande influence sur la santé de la malade, qui prit dès ce moment un embonpoint très-notable. A dater de cette époque, une sorte d'équilibration s'établit entre les boissons et les urines, le chiffre des unes et des autres s'élevant à 24 litres par jour. Mais alors, comme par

le passé, le diabète n'était pour elle qu'une incommodité.

Pendant son dernier séjour à l'hôpital qui a duré environ trois mois, la soif et les urines ont diminué. L'exploration de ces dernières, opérée à différentes reprises, n'a point fait constater la présence du glucose. A la fin de son séjour, la malade, qui buvait environ 24 litres par jour, n'a plus besoin que de 10 à 12 litres pour satisfaire sa soif, et la quantité des urines a subi une réduction proportionnelle.

Cette observation prouve que l'on peut guérir de la glucosurie et conserver le diabète simple. Ce phénomène s'explique sans doute par l'hypertrophie rénale devenue une lésion persistante.

Quoique ce travail, comme on peut le voir, n'ait qu'un but purement clinique, l'auteur ne peut cependant s'abstenir tout à fait de jeter un coup d'œil sur la théorie physiologique de la glucosurie ; cette donnée n'étant point sans importance pour le traitement. Cet examen devient, à l'heure présente surtout, d'un puissant intérêt, puisque les expériences si curieuses de notre savant ami et compatriote Bernard, professeur au collége de France, tendraient, si elles étaient confirmées universellement, à changer en entier les idées actuellement reçues touchant la nature du diabète. Il résulte en effet des expériences de ce physiologiste, qu'on modifie presque instantanément la constitution des urines, et qu'on y fait apparaître le sucre, en blessant avec un instrument piquant, avec la pointe d'une aiguille, une certaine partie du plancher du quatrième ventricule du cerveau. Grâce à la faveur, ou disons mieux, à l'engouement qui s'attache à toute découverte nouvelle et surprenante, on s'est hâté de tirer de ces faits des conclusions prématurées, on a voulu faire remonter à une lésion du cerveau l'origine de la glucosurie. Dans le catalogue des personnes atteintes de cette affection, on n'a retrouvé que des savants épuisés par des études trop prolongées, et des hommes d'une organisation forte, mais délicate, surexcités par une activité exagérée ou par des contrariétés excessives (voir dans la *Presse* du 16 avril le compte rendu de l'Académie des sciences). Ceci n'est que de l'exagération ; et si l'auteur de cette statistique n'était point aussi complétement étranger à la clinique médicale, il n'aurait point oublié d'énumérer au nombre des victimes de cette maladie les artisans et les gens de la campagne.

Sans vouloir nier la part que peut avoir dans la production du diabète, maladie de nature asthénique, un épuisement du système nerveux, on ne peut s'empêcher d'admettre que le rôle capital dans la production de cette maladie ne soit joué par les

organes digestifs. La méthode de traitement jusqu'à ce jour la plus efficace en est une preuve péremptoire. La théorie physiologique qui satisfait alors le plus l'esprit, en se fondant sur une masse imposante de faits, est celle de la *catalyse*. Ce mode d'action dont nous ne pouvons nous rendre raison dans ses détails, et qui se trouve placé, comme le dit Burdach, sur l'extrême limite de notre chimie, n'a lieu presque exclusivement que par rapport aux produits organiques, par exemple dans la conversion de l'amidon en gomme et en sucre par les acides affaiblis dans la fermentation qui convertit le sucre en alcool et en acide carbonique à l'aide de la levure de bière, dans la germination pendant laquelle la diastase produite transforme l'amidon en dextrine et en sucre, et fait preuve d'une action tellement énergique qu'il n'en faut qu'une seule partie pour décomposer ainsi mille parties d'amidon. Il existe entre cette dernière substance et le sucre une corrélation bien déterminée : un grand nombre d'actions chimiques, n'ayant d'autre effet que de modifier la direction des attractions élémentaires de l'amidon, transforment ce corps en sucre de raisin Cette théorie, comme nous l'avons remarqué, trouve dans la thérapeutique du diabète une puissante confirmation. Les estimables travaux de M. Bouchardat ont fait ressortir avec la dernière évidence tous les avantages qu'on retirait en supprimant chez les diabétiques les boissons et les aliments sucrés ou féculants qu'ils prenaient auparavant. Toute la thérapeutique de la glucosurie ne réside point sans doute dans cette indication, mais on ne peut nier que ce ne soit une des plus journellement applicables.

Si, comme nous l'avons dit précédemment, il faut dans la cure du diabète donner une large part au côté chimique de la vie, l'expérience ne tarde pas à démontrer aussi que toutes les indications fondamentales ne résident point de ce côté. Comme nous l'avons pu voir, on arrive à la glucosurie sous l'influence de causes différentes. Une alimentation composée de matériaux de mauvaise qualité, l'abus des féculents, et, d'une autre part, les excès de table, un régime fortement azoté provoquant à la boisson, peuvent amener le diabète. Nous avons vu récemment un exemple de ce dernier cas. Ceci établi, on devra instituer pour chaque malade une diététique différente ; à l'un vous prescrirez le régime animal seul ; vous lui recommanderez de faire choix plus particulièrement d'aliments contenant de l'azote et des sels phosphoriques. Vous insisterez auprès des seconds malades sur l'importance qu'il y a pour eux de substituer à leur régime excitant des aliments d'une nature plus simple composant la diète végé-

tale et douce. Nous ne pensons même pas que dans ce dernier cas l'ingestion de quelques aliments féculents soit beaucoup à redouter. Ce qui est fondamentalement nuisible c'est la persévérance dans le même régime, les même habitudes alimentaires. On a vu des malades diabétiques, et Pinel en cite des exemples, parvenus au dernier degré, après avoir épuisé toutes les ressources de l'art, recouvrer la santé en séjournant à la campagne, en se livrant à un exercice régulier et en insistant autant sur le régime végétal que sur toute autre substance. Contrairement aux préceptes posés par certains auteurs, la pratique nous démontre qu'il est très-difficile de fixer longuement les malade au régime purement animal. En ceci la clinique est conforme aux données que nous fournit surabondamment la physiologie touchant la nécessité du régime mixte pour la santé de l'homme. Un de nos malades a pu, pendant plusieurs mois, ne manger que de la viande, s'abstenir même de pain, mais c'est une exception. Avant tout il faut ménager et utiliser les forces de l'estomac et ne lui donner que des aliments qu'il puisse aisément supporter. Comme l'observe judicieusement M. Rochoux, quelque pressante que soit l'indication d'introduire une grande quantité d'azote dans l'économie, elle ne peut passer avant celle de procurer ces bonnes digestions sans lesquelles le malade est privé du premier des médicaments, un chyle réparateur.

Les médicaments, combinés au régime, remplissent quelquefois des indications qui échappent à ce dernier. Ainsi les amers, le quinquina, les martiaux, sont d'une utilité incontestable lorsqu'il y a un grand affaiblissement de tout le système et des phénomènes dyspepsiques. Les astringents, et particulièrement le petit-lait fortement aluminé, conviennent dans le cas où la profusion des urines est effrayante, où tous les tissus du corps humain disparaissent dans la colliquation. Dans un petit nombre de cas, et c'est surtout ce qu'il est important de faire ressortir, la cure du diabète est subordonnée à l'accomplissement de quelques indications particulières tout à fait indépendantes du régime, et sur lesquelles une médication générale n'aurait aucune prise. Ainsi l'expulsion d'un ténia fut pour une de nos malades la condition de sa guérison. Il existait certainement dans ce fait un rapport de causalité entre l'existence de l'helminthe et la glucosurie. Le ténia aurait-il déterminé la production dans l'estomac de la diastase? C'est une question qu'on se pose sans pouvoir la résoudre.

Dans les circonstances où la cause déterminante du diabète se trouve dans une répercussion, dans l'impression du froid, le

corps étant en sueur, les bains et les douches de vapeur constitueront la majeure méthode de traitement. C'est dans ce cas aussi que les exutoires et les vésicants pourront rendre quelques services.

Dans un très-grand nombre de circonstances, les boissons alcalines, et entre autres l'eau de Vichy, auront une remarquable efficacité, lorsque les digestions seront pénibles, accompagnées de renvois acides, qu'il y aura, en un mot, un cortége de symptômes dyspepsiques. Elles seront un adjuvant salutaire dans les circonstances où le médecin sera appelé à prescrire le traitement animal strict, l'usage exclusif des viandes conduisant à la longue à une plus grande proportion d'acides dans l'économie.

Nous terminerons par un dernier conseil, qui peut de prime abord paraître futile, mais qui en somme, comme l'expérience nous l'a démontré, peut avoir une influence réelle pour la cure du diabète. Il rentre d'ailleurs dans les applications si préconisées de la médecine morale dans les maladies de long cours. Chez la plupart des diabétiques, il existe du découragement, une profonde tristesse. L'esprit semble se mettre à l'unisson de l'affaiblissement progressif de l'organisme. Or, lorsque le médecin se livre à l'étude des urines glucosuriques, qu'il sait journellement les proportions de matière sucrée qu'elles renferment, s'il arrive, pendant le cours du traitement, à constater une diminution notable de celle-ci, il doit en prévenir le malade et le mettre à même de s'en rendre compte comparativement, en plaçant sous ses yeux ce que nous pourrions appeler les *pièces de conviction*. En suivant cette conduite dans l'occasion que nous avons mentionnée, on peut arriver non-seulement à relever un moral abattu, mais aussi à encourager le malade à persévérer longuement dans l'observance d'un régime si important, mais d'une autre part si pénible à suivre. Le diabétique puise dans cette pratique des gages d'espoir ; il peut se convaincre que ses longues privations ne seront point infructueuses.

THÉRAPEUTIQUE. — 4. *Traitement local de l'arthrite aiguë.*
(Journal des Conn. médico-chirurg., avril 1849.)

Nous avons fait connaître quelques-unes des médications préconisées dans ces derniers temps contre l'arthrite, tendant à revêtir les fâcheux caractères de l'affection désignée sous le nom de tumeur blanche.

Nous allons, pour compléter ce sujet, examiner aujourd'hui les divers modes de traitement qu'il convient d'opposer à la même affection prise tout à fait à son début.

Nous rappellerons que, pour être une maladie locale, l'arthrite aiguë n'en est pas moins très-souvent l'effet d'un affection générale, le symptôme d'une diathèse, l'expression d'un vice héréditaire. Après les arthrites symptomatiques de l'infection purulente qui sont toujours en dehors des ressources de la thérapeutique, par le fait de la terminaison si rapidement fatale de la maladie principale, nous mentionnerons les arthrites puerpérales très-douloureuses et très-opiniâtres, les arthrites blennorrhagiques qui sont des métastases souvent très-dangereuses.

Certaines affections chroniques ne prédisposent pas moins aux arthrites. Il faut surtout tenir compte des diathèses goutteuses, tuberculeuses, rhumatismales. Le principe héréditaire seul de ces différentes affections peut se traduire au dehors sous l'influence de la moindre cause occasionnelle par une arthrite. Il est donc toujours important, après l'examen de l'état local, de rechercher dans la constitution, dans les antécédents, dans l'hérédité, la nature de la maladie : car c'est là seulement que se trouve la source des véritables indications, la base du traitement efficace qui doit être le plus souvent autant médical que chirurgical.

L'arthrite, considérée comme état local, peut être divisée de la manière suivante : 1° Arthrite séreuse; 2° arthrite séro-plastique ; 3° arthrite purulente.

Les belles recherches de Brodie sur *les maladies des articulations* justifient suffisamment cette division.

1° L'*arthrite séreuse*, qui n'est autre que l'hydartrose aiguë des auteurs, résulte bien plutôt d'une hyper-exhalation de synovie, produite par une cause excitante quelconque, que d'une inflammation véritable de la séreuse articulaire. Aussi, pour guérir cette affection ordinairement si légère, il suffit des moyens les plus simples. Le repos absolu de l'articulation est d'abord de rigueur ; puis on emploie une compression méthodique de la jointure ; et si ces moyens ne suffisent pas, on a recours à quelques frictions stimulantes faites sur la partie malade avec un morceau de laine imbibé d'un liniment stimulant comme l'huile de camomille camphrée, par exemple. En quelques jours, on a facilement justice de cette légère affection, et il est rare qu'il faille avoir recours à des moyens plus énergiques, tels que les bains de vapeurs ou les vésicatoires volants, etc.

2e L'*arthrite séro-plastique* est une inflammation véritable de la séreuse articulaire, et qui nécessite tout d'abord un traitement antiphlogistique convenablement dirigé. Une saignée générale si le malade est jeune et bien constitué, et, dans le cas contraire, des saignées locales plus ou moins répétées. Au lieu des sang-

sues, nous n'hésitons pas, avec Bell, à donner la préférence aux ventouses scarifiées placées successivement autour de l'articulation malade, sur les côtés de la rotule, par exemple, quand ce sera le genou qui sera affecté, comme c'est le cas le plus ordinaire. On retirera 8 ou 10 onces de sang, et on répétera cette évacuation à des intervalles convenables, deux ou trois fois, selon la violence des symptômes et les forces du malade. (*Ency. méthod. chir.*, t. I, p. 177.) « Quand l'inflammation est fort vive et trop superficielle, ajoute M. Velpeau, je les applique à quelques pouces plus haut ou plus bas. Pour que les petites plaies qui en résultent se guérissent promptement, et n'empêchent pas d'en appliquer d'autres le lendemain ou le surlendemain, il vaut mieux multiplier les scarifications que de les faire trop profondes. » (*Dict.* en 30 vol., t. IV, p. 164.) Haffner recommande, au début, une médication abortive qui peut surtout trouver son indication lorsqu'on a à traiter une arthrite de nature traumatique ; elle consiste en douches d'eau froide sur l'articulation malade, aidées de médicaments hydragogues, diurétiques et sudorifiques. « Si le gonflement est arrivé tout à coup, dit Brodie, au point d'occasionner une tension considérable des parties molles, on tempérera la douleur par des fomentations chaudes et des cataplasmes ; si on l'aime mieux, on fera des lotions froides : elles m'ont paru d'un meilleur effet. » Pour favoriser l'effet des moyens précédents, on fera toujours bien d'administrer au malade un ou deux purgatifs salins. — Il va sans dire que l'articulation devra être tenue dans une immobilité complète.

Un peu plus tard, lorsqu'on a triomphé de l'élément phlogistique, ou du moins lorsqu'on a réussi à calmer son intensité, il faut favoriser la résorption de la sérosité opaline et de la lymphe plastique qui se sont épanchées dans l'articulation.

Un des principaux moyens à tenter est d'abord la compression aidée ou non des liquides résolutifs. W. Balfour et M. Varlez ont publié des faits qui paraissent favorables à cette méthode. — L'appareil de Scott (1) peut ici trouver son emploi, soit qu'on l'applique dans toute sa régularité et tel que M. le docteur Broussonnet l'a fait connaître en France, soit qu'on le simplifie à la manière de M. Velpeau, qui a supprimé l'onguent et le second emplâtre du chirurgien écossais ; les bandelettes de diachylon gommé et le bandage roulé lui paraissant remplir tout aussi bien le but qu'il se propose, dans l'espèce.

Lorsque la solution tarde à s'effectuer, il importe d'avoir re-

(1) Nous donnerons dans un prochain numéro, sur cet appareil, des détails que nous a transmis le docteur Boileau de Castelnau, de Nismes.

cours à l'emploi des révulsifs cutanés. Boyer, t. IV, p. 467, était déjà partisan des vésicatoires répétés dans le traitement de l'affection qui nous occupe. Voici comment M. Velpeau s'exprime à l'égard de ce moyen thérapeutique : « Lorsque ni la compression, ni les saignées, n'ont pu empêcher l'épanchement, ni arrêter les progrès de l'arthrite, il est permis de songer aux vésicatoires, non de petites dimensions et mis aux environs de l'article, mais très-larges et appliqués sur la partie gonflée elle-même. C'est à tort qu'on en borne généralement l'usage aux affections purement chroniques, et que certains auteurs en blâment l'emploi d'une manière si absolue à l'état encore aigu du mal. Je m'en suis servi dans ce dernier cas avec des avantages incontestables. (*loc. cit.*, p. 165.)

Lorsqu'on a à appliquer successivement un certain nombre de vésicatoires volants autour d'un article malade, on peut encore, pour achever la résorption, avoir recours à l'emploi d'une pommade résolutive : la plus efficace, en pareille occurrence, nous a paru être l'onguent mercuriel double, additionné ou non de camphre. Nous avons vu quelques praticiens combiner, en quelque sorte, ces deux méthodes de la manière suivante : au lieu d'un vésicatoire volant, ils appliquent un emplâtre permanent qu'ils pansent avec l'onguent napolitain.

Cette seconde manière de procéder fait comprendre, comme on le voit, le bénéfice que l'on peut retirer de la multiplicité des vésications, appliquées à de courts intervales; et on ne doit y avoir recours que dans les cas d'arthrites symptomatiques des affections des os ou des parties molles extra-articulaires. Quand il y a contre-indication d'employer ou de continuer l'onguent mercuriel, on s'est bien trouvé de la pommade d'iodure de plomb.

Le médecin, qui a obtenu la disparition du liquide épanché dans l'articulation, n'a pas encore fini avec la maladie. En effet, le gonflement, la douleur, etc., ont disparu, et cependant l'articulation qui a été malade reste roide, sensible aux plus légers mouvements. Faut-il condamner le malade à un repos absolu, jusqu'à ce que ces symptômes aient disparu, dans la crainte de déterminer de nouveaux accidents? — Cette manière de faire pourrait avoir de fâcheuses conséquences.

N'oublions pas, en effet, que l'articulation a été le siége d'un épanchement séro-plastique, et que la lymphe coagulable, mêlée à la sérosité, ne disparaît pas toujours avec elle, sa résorption étant, en général, plus lente à s'effectuer ; or si, à cette période de la maladie, vous prolongez par trop le repos absolu du membre, voici ce qui peut arriver : cette lymphe plastique, au lieu

de disparaître par absorption, peut, en devenant d'autant plus concrète, qu'il existe moins de liquide dans l'articulation, et l'immobilité ne favorisant guère l'exhalation de la synovie, servir de moyen d'union entre les surfaces articulaires, et donner naissance à cette variété d'ankylose que l'on peut appeler *ankylose plastique*. Voici un exemple remarquable venant à l'appui de ce que je viens d'avancer : en 1843, une femme de 25 ans entra à l'hôpital de Lourcine ; elle avait une blennorrhagie qui se compliqua bientôt d'arthrite séro-plastique du genou. Elle finit par guérir de ces deux affections ; mais ayant été forcée, pour une affection de matrice, de garder le repos au lit pendant près de six mois, il s'établit entre la rotule et la poulie articulaire du fémur une soudure complète au moyen de lymphe plastique. La malade ayant succombé à cette époque, il me fut possible de constater la lésion que je viens de décrire au moyen d'une coupe antéro-postérieure du fémur et de la rotule. Les cartilages diarthrodiaux étaient intacts. Cette pièce intéressante est dans le musée de M. Jules Guérin, à qui je l'ai donnée.

La conséquence pratique qu'il faut tirer du fait qui précède est la suivante :

Lorsque l'inflammation a disparu, que l'articulation n'est plus distendue par le liquide qui existait, il faut s'occuper de rétablir les fonctions du membre. Bell prescrit, dans ce cas, des embrocations avec l'huile d'olive la plus pure et la plus chaude qu'on puisse supporter. On les fait trois fois par jour, en les étendant au-dessus de l'article et vers les muscles. » (*Encycl. méthod.*, p. 178.)

Brodie conseille le liniment suivant :

Huile d'olives.	45 grammes.
Acide sulfurique.	15 —

Ce topique légèrement excitant rougit la peau (p. 28.)

Ajoutons à ces moyens l'emploi de douches de vapeurs, de douches chaudes conseillées par Ledran, d'eaux minérales, et surtout des mouvements modérés et sagement imprimés au malade, dans le double but de détruire les adhérences qui sont en voie de se former et de provoquer l'exhalation du liquide synovial.

3° *L'Arthrite purulente* réclame la même série de moyens thérapeutiques que l'espèce précédente, avec cette seule différence qu'il faut insister encore davantage au début sur la méthode antiphlogistique, proprement dite. Mais une question bien autrement grave se présente. Lorsque la suppuration n'est plus douteuse, que les abcès tendent à se former ou existent déjà, que la

capsule est distendue, que faut-il faire? Faut-il ouvrir l'abcès ou attendre son ouverture spontanée? A ceci M. Velpeau répond : « Si la réaction générale n'est pas calmée, si l'état de la jointure continue de réagir sur les viscères, l'indication est formelle : il faut évacuer le pus. L'incision de la synoviale ne peut rien amener de pire que ce qui existe, et la détente du foyer fait parfois cesser l'orage ; dans le cas contraire, c'est-à-dire quand les accidents se sont concentrés sur l'articulation malade, la prudence veut qu'on se conduise autrement. En permettant à l'air extérieur de pénétrer au fond de l'abcès, on courrait le risque de réveiller des symptômes qu'il est important d'éviter. En supposant que la résorption du liquide épanché ne soit plus possible et que l'altération des surfaces osseuses soit manifeste, c'est plutôt le moment de penser à l'amputation. » (*Loc. cit.*, p. 166.)

Plus loin, dans le même ouvrage, t. XIV, p. 115, M. Velpeau est encore plus explicite; il rapporte qu'il a traité ou vu traiter par l'incision huit abcès du genou et que tous les malades ont succombé ; c'est au point, dit-il, que l'amputation de la cuisse devrait être proposée dès que le trouble général tend à se calmer, si l'état des viscères ne présentait d'ailleurs aucune contre-indication.

L'arthrite purulente est, comme on le voit, une affection très-grave, et on n'a encore rien de bien précis sur la conduite à tenir par rapport aux moyens chirurgicaux qu'elle réclame. Nous ferons néanmoins une remarque : il est évident d'abord qu'il faut avant tout, lorsqu'on n'a pu éviter la formation du pus, chercher à provoquer sa résorption. Mais l'orsqu'on a évidemment échoué dans cette tentative sage et prudente, faut-il attendre, comme le conseille M. Velpeau, l'apparition d'accidents généraux pour se décider à évacuer le pus ; ou bien n'est-il pas infiniment plus rationnel d'opérer plus tôt et précisément avant leur début?

Il me semble que la présence du pus dans une articulation ne doit avoir que de fâcheux effets sur les ligaments, les cartilages et les os ; abstraction faite des accidents généraux qu'elle peut produire. Or, si l'on croit l'opération utile, nécessaire, pourquoi ne pas se placer pour la faire dans les meilleures conditions possibles de succès : conditions locales et conditions générales?

Voici comment il nous paraît qu'on doive envisager aujourd'hui la question de l'ouverture ou de la non-ouverture d'un abcès de l'articulation : lorsqu'on a épuisé la série des moyens antiphlogistiques et résolutifs, et qu'il n'est plus probable que la résorption puisse s'opérer, il convient, avant d'attendre les complications locales et générales qui ne manqueraient pas de

surgir bientôt, d'évacuer le pus extra-articulaire. Mais pour éviter le contact de l'air, qui produirait des effets d'autant plus désastreux dans ce cas que le pus séjournerait plus longtemps dans l'article, il faut avoir recours, non pas à une petite ouverture de l'abcès, non pas également à l'incision plus ou moins à l'abri du contact de l'air au moyen du non-parallélisme de ses lèvres, incision que Petit-Radel indiquait déjà en 1740, et que Boyer préconisait surtout, mais en mettant en usage la méthode sous-cutanée.

On sait que d'après les règles de cette méthode, si bien formulée par M. J. Guérin, la ponction doit porter sur des tissus sains et encore exempts d'inflammation ou d'amincissement. Cette ponction, faite avec un trocart plat, sera pratiquée à une certaine distance du lieu où la capsule doit être ponctionnée. D'ailleurs, c'est une condition de la méthode que le trajet de l'instrument soit très-oblique, et, sous ce rapport, en éloignant l'ouverture cutanée du siége du mal, on remplit une double indication.

Plus tard, lorsque la peau est très-amincie et dans une plus grande étendue; quand les ligaments sont ramollis, que selon toute probabilité les cartilages diarthrodiaux et les extrémités osseuses sont plus ou moins altérés, il est évident qu'il ne faut plus songer à la ponction sous-cutanée de l'abcès, comme méthode curative, du moins. Alors, mais alors seulement, il ne reste plus que deux partis à prendre : ou pratiquer l'ouverture large et étendue de l'articulation d'après la méthode déjà préconisée par J. L. Petit, et qui a du moins pour avantage sur l'ouverture étroite de favoriser l'évacuation plus complète du pus altéré par le contact de l'air, ou l'amputation du membre, si l'état général ne présente pas de contre-indication.

---

5. *Des diverses médications employées dans les hôpitaux contre le choléra, et des rapports numériques des guérisons et de la mortalité avec ces médications.*

(Suite : *voir* t. VI, juin 1849, p. 82.)

(Gazette médicale de Paris, N° 20 ; 1849.)

Bien que l'épidémie ait suivi depuis quelques jours une nouvelle marche ascendante, nous continuons cependant aujourd'hui notre revue générale des traitements mis en usage dans les divers hôpitaux. Notre résumé portant principalement sur la première période de l'épidémie, nous n'y ferons pas intervenir les nouveaux essais ni les nouveaux résultats. Lorsque ce premier travail sera terminé, nous compléterons nos précédentes revues par

l'analyse des principaux cas observés dans cette seconde manifestation épidémique. Nous pourrons plus tard revenir, s'il y a lieu, sur les nouveaux essais thérapeutiques mis en regard de la période d'aggravation actuelle.

Notre appréciation continuera donc à avoir son point de départ au 4 mai, en prenant en considération toutes les circonstances antérieures à cette époque. Les hôpitaux dont nous voulons parler aujourd'hui sont : la Pitié, Saint-Louis, Beaujon et le Gros-Caillou.

Hôpital de la Pitié. — L'hôpital de la Pitié est situé favorablement ; ses constructions sont normales et bien aérées ; mais la population qu'on y reçoit est encore dans des conditions plus mauvaises que celle de l'Hôtel-Dieu. Elle se compose presque exclusivement des habitants du faubourg Saint-Marceau, c'est-à-dire d'une population décimée par la misère, mal logée, mal nourrie, et ruinée par des excès de tous genres.

Les méthodes de traitement employées à la Pitié, sans être complétement opposées, offrent de grandes différences.

On connaît déjà la méthode de M. Serres et les considérations élevées sur lesquelles cet illustre médecin la fonde. Les résultats obtenus, surtout au début de l'épidémie, paraissaient confirmer la justesse des inductions thérapeutiques. Les observations que nous avons publiées en font foi. Depuis cette époque, soit que la maladie ait augmenté de gravité, soit que les cas traités dans ce service aient été exceptionnellement dans des conditions plus fâcheuses, la proportion des succès n'est pas restée aussi favorable. A ce point de vue, on peut donc confondre les résultats du service parmi tous ceux des autres services de l'hôpital.

La méthode de M. Piorry est aussi simple que l'idée que le savant professeur se forme de la maladie ; pour lui, c'est un empoisonnement qui s'aggrave des circonstances de l'infection par encombrement. La méthode de M. Piorry, que nous faisons connaître plus bas avec détails, se résume en trois points principaux : 1° neutraliser l'action toxique ; 2° combattre ses effets sur l'organisme ; 3° dissiper toutes les causes propres à entretenir ou augmenter l'action miasmatique.

Outre ces indications générales, on verra plus bas quelques indications particulières inspirées par l'appréciation des symptômes particuliers.

La médication dont fait usage M. Gendrin se distingue surtout par une analyse approfondie de la maladie, et par une distribution très-méthodique et très-rationnelle des moyens appropriés à chacun de ses éléments. Ce sont les méthodes analytique,

symptomatique et expérimentale combinées dans ce qu'elles ont paru offrir de moins incertain.

MM. Clément et Piédagnel pratiquent la méthode la plus généralement usitée, qui consiste à opposer aux symptômes prédominants des médications appropriées, sans se préoccuper ni des idées théoriques qui dirigent beaucoup d'autres praticiens, ni des innovations dont l'expérience n'a pas encore suffisamment justifié l'emploi.

M. Serres. — Conformément aux principes exposés dans une communication à l'Académie des sciences, que l'on trouvera reproduite tout au long dans nos comptes rendus (voir la séance du 9 avril, n° 15), note dans laquelle M. Serres considère le choléra comme une affection typhoïde pernicieuse. La méthode de ce médecin se compose de deux ordres de moyens, à l'aide desquels il se propose de décomposer en quelque sorte la maladie dans ses deux éléments principaux, de maîtriser dès le début les phénomènes pernicieux, afin de n'avoir plus à combattre ensuite que la fièvre typhoïde dépouillée de la complication qui en constitue la plus grande gravité.

De ces deux ordres de moyens, en effet, les uns sont destinés à combattre les premiers accidents cholériques, les vomissements, les évacuations alvines et les symptômes pernicieux de la première période de la maladie; les autres constituent la méthode spécifique proprement dite, et ont pour but de s'attaquer aux altérations caractéristiques de la seconde période de la maladie, la période typhoïde.

Les premiers moyens se composent de la potion antiémétique de Rivière, de l'eau de Seltz et de la limonade citrique; et de quarts de lavements au nombre de deux ou trois dans la journée, composés comme suit :

Pour un quart de lavement avec amidon :

Prenez :	Camphre.	0,20
	Sulfate de quinine. . . .	0,20
	Laudanum.	8 gouttes.

La médication spécifique se compose d'onctions mercurielles sur le ventre, pratiquées tous les jours, et suivant les cas plusieurs fois par jour, à la dose de 8 à 10 grammes d'onguent mercuriel; et de l'administration du sulfure noir de mercure et éthiops minéral, sous forme pilulaire, d'après la formule suivante :

Prenez :	Ethiops minéral.	1 gramme.
	Poudre de gomme adragante. .	0,50
	Sirop simple	Q. s.

Pour quatre pilules à prendre dans la journée.

Telle est la base de la méthode de M. Serres. Comme moyens accessoires, il prescrit au début les moyens ordinaires de calorification, boules et alèses chaudes, du thé ou des boissons aromatiques chaudes. Les opiacés ne sont administrés qu'avec modération, dans les lavements seulement ; et dans quelques cas, mais très-rarement et lorsque les crampes sont très-douloureuses, il associe une petite quantité d'opium avec le sulfure noir de mercure. Les potions éthérées ne sont données également qu'avec une très-grande réserve. Les phénomènes comateux de la réaction sont combattus par des sinapismes et dans quelques cas rares où ils acquièrent une assez grande intensité, par des applications de sangsues derrière les oreilles et quelques laxatifs.

M. Piorry. — Pour M. Piorry, la cause du choléra est un poison *sui generis* qui produit des effets différents, suivant qu'il agit seul ou que son action se complique de l'influence des agents septiques de l'encombrement.

On ne peut rien contre la cause du choléra proprement dite, mais on peut beaucoup contre les conditions de septicité qui impriment à la maladie son caractère le plus grave.

La première indication pour M. Piorry est donc de chercher à prévenir ou à neutraliser ces conditions d'aggravation ; c'est à la prophylaxie, en un mot, qu'il attache le plus d'importance. Cette prophylaxie consiste surtout à éviter l'encombrement, à soustraire les individus, qui sont déjà sous l'influence de la cause épidémique ou qui en éprouvent lés prodromes, à l'action délétère des habitations étroites et mal aérées.

La maladie est-elle déclarée, elle exerce son action, d'abord sur le sang, puis sur le tube digestif. C'est contre ces deux temps principaux de la maladie que M. Piorry dirige ses moyens de traitement.

Boissons adoucissantes, exposition à un air pur, lavements à grande eau, voilà pour le premier temps.

Les phénomènes gastro-intestinaux sont combattus par des boissons abondantes, l'infusion de thé de préférence, continuées tant que durent les vomissements, et par des boissons albumineuses (blancs d'œuf battus dans l'eau), dans le but de remplacer les pertes incessantes d'albumine que fait l'économie. M. Piorry n'emploie pas les évacuants dans cette période, bien qu'ils lui paraissent indiqués, par la crainte qu'ils ne contribuent à augmenter la faiblesse des malades et à les précipiter plus vite dans la troisième période.

Les évacuations gastro-intestinales continuent-elles malgré l'emploi des moyens ci-dessus, M. Piorry fait appliquer la glace

sur le ventre, au moyen de vessies qui recouvrent toute l'étendue de l'abdomen, pendant qu'il fait maintenir des linges chauds sur la poitrine; et en même temps il prescrit des lavements d'eau glacée.

Enfin, dans la période algide, il fait administrer un ou plusieurs bains de vapeur, jusqu'à ce que le malade soit réchauffé, il fait continuer le thé additionné d'alcool et les lavements à grande eau.

L'indication principale aux yeux de M. Piorry, dans cette période comme dans la précédente, est de faire pénétrer le plus d'eau possible dans le sang, à mesure que le sang perd de plus en plus ses éléments séreux.

Quant au traitement des phénomènes de la réaction, il n'a rien de fixe. M. Piorry se conforme alors aux indications fournies par les états organo-pathologiques, au fur et à mesure qu'ils se manifestent.

M. Gendrin. — La maladie, suivant M. Gendrin, consiste dans cinq ordres principaux de phénomènes, qui se déroulent successivement, savoir : les phénomènes prodromiques, qui, pour M. Gendrin, sont constants; les phénomènes phlegmorrhagiques ou hypersécrétoires du début du choléra confirmé; l'épaississement du sang par suite de la déperdition de ses éléments liquides; la suppression de toutes les sécrétions; puis enfin la réaction, caractérisée par toutes les formes diverses de la fièvre angioténique. Les indications fondées sur ces cinq ordres de phénomènes se puisent donc :

1° Dans le caractère des prodromes, le plus ordinairement diarrhéiques, quelquefois, mais beaucoup plus rarement, nerveux ou vertigineux;

2° Dans l'état d'hypersécrétion gastro-intestinale, qu'il faut arrêter;

3° Dans les changements que cette sécrétion fait subir au sang, qu'il faut modifier, de façon à maintenir ou rétablir une circulation normale;

4° Dans les accidents fébriles réactionnels, qu'il faut modérer;

5° Dans les accidents congestionnels consécutifs, qu'il faut éviter.

Contre la forme diarrhéique ou saburrale des prodromes, M. Gendrin prescrit les éméto-cathartiques, l'administration d'un ipécacuanha, suivi d'un purgatif salin (eau de Sedlitz ou sulfate de soude), dans le but de modifier l'hypersécrétion intestinale.

Si les prodromes consistent dans des vertiges, de la céphalalgie, une courbature générale, sans état saburral, il prescrit une

saignée, la suspension de toute alimentation légère, quelques adoucissants et une faible dose d'opium. Dans les deux cas, le repos au lit pour favoriser l'action de la peau et entretenir une douce chaleur autour du corps.

Dans le choléra confirmé, voici de quelle manière M. Gendrin remplit successivement les indications que nous venons de formuler :

La première indication, suivant M. Gendrin, est de modérer l'état de turgescence sécrétoire des cryptes mucipares de la muqueuse intestinale ; il satisfait à cette indication par les émissions sanguines pratiquées au début.

Si la maladie a quelque intensité, il ne s'en tient pas à ce moyen : il prescrit, dans le but de diminuer la sécrétion intestinale, des préparations opiacées à dose élevée ; il donne l'opium en solution ou en teinture (de 10 à 30 centigr. d'extrait thébaïque, ou 15 à 20 gouttes de laudanum dans une potion).

Si les déperditions sont assez abondantes pour ralentir la circulation et affaiblir notablement le malade, pour produire, en un mot, les accidents cyaniques, il a recours aux frictions stimulantes avec le baume Fioraventi ou tout autre liniment stimulant, dans le double but de soutenir la circulation et de réveiller la sensibilité et les fonctions exhalantes de la surface cutanée.

Si, malgré l'emploi de ces moyens, la maladie tend à arriver à la période algide, M. Gendrin obéit à l'indication de réchauffer les malades par l'usage des bains de vapeurs ou des courants d'air chaud ; mais il n'emploie ces moyens qu'avec une extrême réserve, et dans les cas seulement où la circulation est encore possible à un certain degré, et où la peau peut encore réagir et la sueur avoir lieu.

Dans la période algide et cyanique prononcée, M. Gendrin continue encore les opiacés si les excrétions alvines persistent ; mais l'indication importante pour lui, dans cet état, est l'emploi des stimulants. Il emploie, suivant les circonstances, les stimulants toniques ou les stimulants simples, soit la camomille, le tilleul, la menthe poivrée, le thé, mais sans alcool. C'est à cette période surtout qu'il insiste sur les stimulants externes, les frictions excitantes, les sinapismes et les vésicatoires. Enfin, dans le but de donner du jeu à la circulation, il prescrit quelques saignées ; mais comme, dans cette période, les veines ne laissent échapper que peu ou même pas de sang, il laisse la veine ouverte, et fait pratiquer à plusieurs reprises des frictions sur les membres dans le sens du cours du sang veineux. Cette manœuvre est répétée jusqu'à ce qu'on obtienne quelques cuillerées de sang.

En résumé, émissions sanguines assez larges au début (de 100 à 200 grammes), émissions sanguines, mais petites et réitérées, pendant la cyanose : pendant toute cette période, narcotiques, stimulants à l'intérieur et à l'extérieur, telle est la médication générale qu'emploie M. Gendrin dans les premières phases de la maladie.

Dans la réaction, la médication de M. Gendrin diffère suivant que cette réaction est plus ou moins complète et plus ou moins énergique. Si elle est incomplète, si le malade est très-débilité, si les sécrétions, et en particulier la sécrétion urinaire, ne sont pas encore rétablies, il continue les stimulants internes et externes, et y ajoute les applications de sinapismes ; si, au contraire, la réaction est énergique, s'il y a imminence de coma, une petite saignée doit être pratiquée ; si la réaction, enfin, est bien établie et modérée, il s'en tient à la méthode expectante. S'il y a un état saburral prononcé, il donne un émétique, suivi de l'administration d'un purgatif salin (sulfate de soude à la dose de 80 à 100 grammes dans 200 à 250 grammes d'eau, par cuillerée, dans de la tisane, tous les quarts d'heure ou toutes les vingt minutes). Les vomissements persistant, la soif vive et le hoquet, si fréquents pendant cette période, sont combattus par la glace.

M. Clément et M. Piedagnel. — MM. Clément et Piedagnel n'ont aucune méthode exclusive ni spéciale ; ils s'en tiennent l'un et l'autre à la méthode dite symptomatique, celle que nous avons vue le plus communément mise en usage dans les principaux services de l'Hôtel-Dieu et de la Charité, sauf quelques modifications qu'ils y ont introduites aux deux périodes extrêmes de la maladie, au début et dans la réaction.

Ainsi, au début de la maladie, M. Clément joint aux astringents et aux opiacés, destinés à modérer les premières évacuations, une ou plusieurs applications de sangsues au fondement, dans le but de combattre en même temps l'état hypersécrétoire du tube digestif. Les stimulants sont ensuite mis en usage dans la période algide, mais avec modération, dans la crainte d'exciter un réaction trop vive.

Dans la diarrhée prodromique ou la cholérine, M. Clément ne répugnerait pas à employer l'ipécacuanha ; mais il n'a eu qu'une seule fois l'occasion de l'administrer à cette période, les malades étant toujours arrivés, dans son service, dans un état plus ou moins avancé du choléra confirmé.

La méthode de M. Piedagnel ne diffère pas sensiblement de celle de M. Clément, si ce n'est qu'au début il emploie de préférence aux sangsues à l'anus une petite saignée, dans le but d'ail-

leurs de remplir la même indication. Ce qui caractérise plus particulièrement la manière de faire de ce médecin, c'est l'emploi qu'il fait de larges et copieuses saignées dès que se manifeste la réaction, afin de combattre ou de prévenir les symptômes congestifs du cerveau.

Voici le chiffre du mouvement des malades et de la mortalité au 4 mai :

Malades au 4 mai.	272
Morts.	137
Sortis guéris.	87
En traitement.	64
Mortalité.	0,52
Guérisons.	0,31
Proportion des guérisons par rapport aux décès.	0,57

Hôpital Saint-Louis. — La situation de l'hôpital Saint-Louis est dans des conditions sanitaires mixtes. Placé au sein d'un quartier populeux, non loin des bords du canal Saint-Martin, il est construit d'une manière suffisamment hygiénique ; la population qu'on y reçoit est en grande partie fournie par les faubourgs, et par conséquent composé d'individus dans d'assez mauvaises conditions hygiéniques, et pour une bonne quantité d'ouvriers industriels. Ainsi l'épidémie s'y est montrée dans des proportions considérables et sous ses formes les plus intenses.

Cet hôpital est un de ceux dont le service médical représente les opinions les plus variées, même les plus opposées. Déja on a eu l'occasion de voir dans certains comptes rendus la diversité des moyens et aussi une non moins grande diversité de résultats. Les médications employées se composent, pour nous servir des expressions mêmes d'un des habiles praticiens de l'établissement, de la méthode naturelle, de méthodes spécifiques et de méthodes empiriques.

Pour M. Gibert, qui représente surtout la méthode naturelle, puisque c'est ainsi qu'il la dénomme, le traitement du choléra offre des indications fournies surtout par les groupes symptomatiques, par la constitution de l'individu et par les périodes de la maladie, par sa marche, par la succession de ses symptômes, en un mot par tous les éléments que formule la méthode analytique. A chacun de ces éléments, M. Gibert oppose des moyens appropriés. Nous en donnerons plus bas l'indication.

M. Devergie avait d'abord conçu l'espoir de rencontrer dans les préparations dont la truffe fait la base un précieux antidote contre la diarrhée cholérique, sinon contre le choléra lui-même. Les premiers essais, dont nous avons rendu compte,

paraissaient tous favorables, et l'habile médecin pensait avoir fait une découverte importante ; mais l'expérience ultérieure n'ayant pas suffisamment répondu à son attente, il paraît avoir abondonné complétement cette médication pour en revenir à une méthode mixte que nous exposerons plus loin.

Le caractère de la pratique de M. Moissenet est plutôt spécifique qu'autre chose. Il donne une grande préférence à la médication salée, sans toutefois renoncer aux avantages qu'il pourrait espérer de l'emploi d'autres moyens. Nous ferons connaître du reste avec détails le résumé de ses idées et de sa pratique.

M. Gibert. — M. Gibert a employé à peu près exclusivement la méthode dite rationnelle ou *naturelle* qui consiste à remplir les indications à mesure qu'elles se présentent et à suivre la marche que trace la nature elle-même lorsqu'elle opère la cure par ses seules forces. Ainsi, durant la période diarrhéique prodromique, combattre la susceptibilité intestinale et modérer les évacuations par le repos, la diète, les boissons douces, le pavot et le laudanum en lavement. Dans la période algide ou choléra confirmé, les boissons chaudes et aromatiques dans les premières heures, bientôt suivies de l'eau de gomme coupée d'eau de Seltz et prise à la glace, de cataplasmes laudanisés, de quarts de lavements narcotiques, en même temps que les sinapismes, les draps chauds, les frictions laudanisées sur les régions tourmentées par les crampes, de manière à provoquer le mouvement périphérique et arrêter les évacuations.

Enfin, dans la période de réaction, les ventouses mouchetées sur la poitrine et l'épigastre, pour peu qu'il reste de dyspnée et de tendance asphyxique ou comateuse.

Voilà de quoi se compose en somme la méthode de M. Gibert. Ce praticien n'emploie, dans le traitement du choléra, ni les rémissions sanguines, ni les vomitifs, ni les purgatifs, ni les spécifiques d'aucune sorte. Il s'abstient même des bains d'air chaud ou des bains de vapeurs, qui lui paraissent aussi contre-indiqués en pareil cas qu'ils le seraient, dit-il, dans l'asphyxie des noyés.

Les cholérines, reçues en assez grand nombre dans le service de M. Gibert, ont été traitées par les mêmes moyens, et aucune, d'après ce qu'assure M, Gibert, ne s'est transformée en choléra confirmé; toutes se sont promptement et heureusement terminées.

M. Devergie. — La médication de M. Devergie est assez complexe, et ne consiste pas, comme quelques personnes l'ont cru, dans l'emploi exclusif de la truffe et de ses préparations.

D'après les observations que nous avons recueillies dans son service au commencement de l'épidémie, nous croyons qu'il combat tous les symptômes qui se présentent par des moyens appropriés : le refroidissement, par exemple, par le bain d'air chaud, qu'il préfère de beaucoup au bain d'eau ou au bain de vapeurs ; par les stimulants à l'intérieur, les toniques, le punch, etc.

Aux vomissements, il opposait la glace, l'eau de Seltz ; aux évacuations alvines, les lavements laudanisés. Il a essayé dans quelques cas la vésication épigastrique par une application de pommade de goudron longtemps prolongée.

Dans un des deux cas, il a associé à tous ces moyens le chlorure de sodium comme agent spécifique.

Peu après l'apparition des premiers cas de choléra dans Paris, M. Devergie observant que la plupart des cas étaient précédés de diarrhée, et ayant remarqué, d'autre part, que les personnes qui font usage de truffes comme aliments sont souvent constipées, eut l'idée de combattre la diarrhée par les préparations de truffes ; et voici sous quelles formes et dans quels cas il les emploie.

Il a employé d'abord la décoction simple de truffes en tisane. Cette décoction se prépare en faisant bouillir pendant trois heures dans l'eau des lames très-minces de truffes ; 125 grammes suffisent pour donner 5 litres d'une tisane qui, passée à l'étamine, est incolore et très-légèrement opaline. Elle n'a pas d'odeur nuisible ; sucrée, les malades la trouvent agréable. Un peu plus tard, M. Devergie a fait préparer cette tisane dans un alambic, de manière à recueillir 1 litre d'eau distillée pour le même poids de truffes, et 5 litres de tisane. Cette eau distillée est chargée de tout le parfun de la truffe.

Ayant mis des truffes crues et coupées par tranches minces dans un mortier, on a cherché à les diviser pour les traiter par l'acool ; on a de suite obtenu une pulpe homogène, et l'on a été conduit ainsi à proposer des pilules que l'on peut préparer et conserver en mêlant à la pulpe une partie de sucre en poudre et en enveloppant le tout d'une couche de gélatine.

Soit dans la cholérine, soit dans le choléra confirmé, et alors qu'il y avait cyanose, crampes, M. Devergie opposait les préparations truffées aux vomissements et à la diarrhée. Il a essayé tour à tour la tisane de truffes, des potions avec l'eau distillée, les pilules. Dans les cas de choléra, il croyait avoir observé que, chez plusieurs sujets, la transition de l'état le plus grave à la convalescence a eu lieu sans qu'il se manifestât de réaction. Il

semblait, disait l'honorable médecin, qu'il eût suffi d'arrêter les vomissements et les selles pour que la maladie cessât brusquement et que tous les autres phénomènes morbides disparussent, comme s'ils n'en étaient que la conséquence. Enfin, de toutes les préparations truffées, l'eau distillée lui a paru la plus énergique, puisque 135 grammes de cette eau, administrée d'heure en heure par cuillerées à bouche, ont suffi pour arrêter les vomissements et la diarrhée chez les cholériques dans la période la plus grave.

Comme nous l'avons dit plus haut, M. Devergie a complétement abandonné cette médication, qui a cessé de répondre à ses espérances.

M. Moissenet. — Nous ne dirons que peu de chose de la médication employée par M. Moissenet. C'est la médication par le chlorure de sodium, de laquelle nous avons déjà suffisamment parlé en traçant les méthodes employées à l'hôtel-Dieu et à la Charité.

Dans les cas où il y avait cyanose, froid, évacuations alvines nombreuses, liquides et blanchâtres, crampes et vomissements, nous lui avons vu prescrire la potion suivante :

Chlorure de sodium. . .	12	grammes.
Eau de menthe.	125	—
Sirop diacode.	40	—

A prendre par cuillerées chaque demi-heure.

Lavements avec 12 grammes de chlorure de sodium et 1 gramme de laudanum.

Il associe à cette médication la tisane avec bicarbonate de soude, 4 grammes par litre.

L'emploi de ce spécifique est la seule chose qui nous ait paru mériter, dans le traitement de M. Moissenet, une mention particulière.

Il résulte de cette appréciation générale que, bien que très-diverses, dans le principe, les méthodes employées à l'hôpital Saint-Louis peuvent être considérées dans leur action la plus générale comme à peu près uniformes; car, pour avoir produit pendant quelques jours des résultats très-différents, cette différence a disparu par le grand nombre des malades, et par les applications réitérées des méthodes qui dominent les résultats obtenus.

Malades au 4 mai.	237
Morts.	113
Sortis guéris.	46
En traitement.	78
Mortalité.	0,47
Guérisons.	0,19
Proportion des guérisons par rapport aux décès.	0,40

Hôpital Beaujon. — L'hôpital Beaujon passe à bon droit pour l'un des établissements les plus salubres de Paris. Construit sur une hauteur, une grande partie de ses bâtiments datent de quelques années, et ont été élevés au milieu de vastes jardins, suivant les règles les plus rigoureuses d'une hygiène bien entendue. Les salles en sont vastes, bien aérées ; il n'y a point d'encombrement. La population de cet hôpital se compose, pour une grande partie, des habitants des petits villages répandus, en dehors de Paris, sur les hauteurs de Chaillot, à Neuilly, aux Thermes ; c'est assez dire que les bonnes conditions hygiéniques où ces individus sont placés sont plus que compensées par une assez grande misère et par une alimentation souvent insuffisante.

Les caractères des médications mises en usage par les médecins de cet hôpital n'offrent pas de notables particularités. Presque toutes s'adressent aux symptômes au fur et à mesure de leur apparition. On n'y voit figurer non plus ni les innovations dont on a fait grand bruit autre part, ni les médications spécifiques. Voici, du reste, un résumé de ces médications.

M. Bouvier. — Voici, d'après une note succincte que nous a remise M. Bouvier, les principales indications qu'il se propose de remplir, et les moyens qu'il emploie pour combattre les symptômes de la maladie.

1° Modérer les évacuations par des moyens proportionnés à leur intensité et à l'épuisement qu'elles paraissent causer : ainsi, par la bouche, sirop de coings dans l'eau de riz, au début ; par le rectum, les quarts de lavements de décoction de guimauve, de pavot, d'amidon, avec quelques gouttes de laudanum ; contre les vomissements, l'eau de Seltz, la potion de Rivière, l'opium à petites doses répétées, la glace, les sinapismes sur l'épigastre et une petite quantité de boissons, en ne donnant que celles qui plaisent au malade, parce qu'elles sont mieux conservées ; des tranches d'orange, de citron, appliquées aux lévres, à la langue, pour tromper la soif, si toutes les boissons sont rejetées, et même la glace ; l'eau froide en petite quantité, si les malades la préfèrent.

2° Soutenir les forces et déplacer le mouvement fluxionnaire de l'intestin en le transportant à la peau : ainsi, boissons légèment toniques, excitants plus ou moins actifs, suivant la gravité, révulsifs extérieurs, irritants cutanés ; infusion de thé avec quelques cuillerées de rhum, de café, vin de Bagnols étendu de plus ou moins d'eau, punch ; sinapismes, chaleur extérieure, friction avec liniment volatil cantharidé. Des excitants trop actifs, alcooliques ou autres, ont l'inconvénient d'épuiser le reste

des forces par trop d'irritation cérébrale ; ils produiraient de l'agitation au pouls de plus en plus petit et accéléré, de la sueur, un peu de délire, comme le premier degré de l'ivresse ; il faut donc être réservé sur ce point.

3° Prévenir et combattre la congestion cérébrale dans la réaction. C'est surtout par des révulsifs cutanés, sinapismes, vésicatoires à la nuque, aux cuisses, et toujours en soutenant les forces, plutôt que par des émissions sanguines que M. Bouvier combat la somnolence, le coma. Il ajoute les antispasmodiques, l'opium s'il y a délire, excitation du cerveau ; rarement des sangsues, à moins d'indications spéciales.

M. Legroux. — Les indications que M. Legroux cherche à remplir dans le traitement du choléra sont les suivantes :

1° Réchauffer, ranimer le malade. Il emploie pour cela des linges chauds, éloignant les bouteilles remplies d'eau chaude qui lui ont paru plus nuisibles qu'utiles. C'est par l'application d'une douce chaleur qu'il cherche à atteindre ce but. C'est une des parties les plus difficiles à obtenir d'ailleurs dans les hôpitaux.

Il emploie simultanément les boissons chaudes, thé animé avec un peu de rhum, etc.

Souvent aussi il ajoute au thé une cuillerée à bouche de sirop d'ipécacuanha répétée trois ou quatre fois.

Ces moyens provoquent généralement une réaction prompte, à moins que le malade ne soit sidéré.

M. Legroux a eu recours, dans quelques cas des plus graves, à l'enveloppement avec un drap mouillé sans beaucoup de succès; il pense que ce sont des expériences à répéter.

2° Sitôt la réaction établie, il prescrit des boissons froides, glacées, que les malades prennent avec ardeur.

3° En même temps, une potion légèrement opiacée (5 à 10 cent. d'extr.) à prendre par cuillerées, et souvent aussi simultanément des pilules de tannin, ayant pour but de calmer les phénomènes nerveux et de diminuer les sécrétions intestinales; en même temps encore des quarts de lavements laudanisés et additionnés de tannin, répétés plusieurs fois le jour.

4° Quand le malade conserve encore une certaine force du pouls, qu'il n'est pas trop refroidi, il lui est souvent arrivé de débuter par une saignée, qu'il n'hésite pas à pratiquer ou à récidiver quand il s'établit une fièvre de réaction, et surtout quand le coma s'établit. Le sang diffluent est souvent couenneux; des saignées locales, sangsues ou ventouses sont souvent employées pour combattre les accidents cérébraux, auxquels il oppose en même temps les vésicatoires aux membres inférieurs.

5° Dans quelques cas, où la matité du ventre accusait une réplétion complète des intestins par des matières cholériques, M. Legroux a employé avec avantage l'huile de ricin seule ou associée au calomel.

6° Ayant remarqué dans plusieurs cas une sorte de rémission avec exacerbation des accidents cholériques, une sorte de subintrance, il ajoute presque toujours du sulfate de quinine aux lavements opiacés.

7° Aux vomissements persistants, il oppose souvent le vésicatoire au creux de l'estomac.

8° A la diarrhée tenace, des lavements avec une solution de nitrate d'argent.

9° Quant à la plupart des médicaments dont on a dit merveille, il les a presque tous abandonnés, persuadé que ce n'est point à l'aide d'*un moyen unique*, quel qu'il soit, que l'on peut atteindre les modifications profondes introduites dans l'économie par le choléra.

Malades au 4 mai.	133
Morts.	83
Sortis guéris.	19
En traitement.	31
Mortalité.	0,62
Guérisons.	0,14
Proportion des guérisons par rapport aux décès.	0,22

Hôpital du Gros-Caillou. — Il est inutile de répéter à propos du Gros-Caillou ce que nous avons dit dans le numéro précédent des circonstances favorables dans lesquelles se trouve le Val-de-Grâce, avec lequel il offre de grandes analogies. Elles sont, en ce qui concerne l'établissement, les malades, la discipline, à peu de chose près les mêmes dans l'un que dans l'autre. Cependant il est, sous le rapport de la situation, quelques particularités qui tendent à différencier quelque peu les conditions sanitaires de ces deux établissements, et qu'il importe de signaler.

Situé sur un terrain bas, au niveau et en aval de la Seine, dont il reçoit les émanations dans les temps brumeux, le Gros-Caillou est déjà, sous ce rapport, dans des conditions un peu moins favorables que le Val-de-Grâce ; ses salles sont en outre plus basses, plus petites et moins aérées, notamment celles des cholériques, situées au-dessus de la buanderie. D'un autre côté, les malades reçus au Gros-Caillou viennent pour la plupart des baraques encombrées et mal aérées des Invalides, de l'École militaire et des bâtiments neufs de l'Assemblée nationale, où ils sont entassés dans des salles humides. Enfin cet hôpital, qui a

reçu en tout un moins grand nombre de malades que le Val-de-Grâce, a reçu une proportion beaucoup plus considérable de cholériques. Nous noterons enfin que, dans l'hôpital dont nous parlons maintenant, tous les cholériques n'ont pas été réunis, comme au Val-de-Grâce, dans la même salle ; ils se sont trouvés répartis dans deux services.

Pour ce qui est des tendances et de la pratique des honorables praticiens qui les dirigent, elles offrent de notables différences avec celles du médecin en chef de l'hôpital d'instruction et de perfectionnement. MM. Durand et Worms sont les seuls des trois médecins du Gros-Caillou qui aient reçu des cholériques dans leurs services.

Le premier a des idées et une méthode de traitement tout à fait caractérisées ; nous n'entrerons pas dans l'énoncé des vues théoriques de M. Durand. L'exposition seule de sa méthode suffit pour lui donner une place à part dans la thérapeutique la plus active du choléra.

Pour ce qui est de M. Worms, la méthode générale est surtout caractérisée par une grande variété des moyens pharmaceutiques. On voit que ce praticien a manié depuis longtemps les médications les plus actives et les plus compliquées. Ce caractère de sa pratique offre donc naturellement les avantages et les inconvénients de sa richesse. Notons cependant que M. Worms ne néglige en aucune façon l'analyse thérapeutique propre à diriger l'emploi de ses nombreuses ressources pharmacologiques. Indépendamment de son caractère général, la pratique de M. Worms se fait remarquer par quelques vues spéciales sur l'importance de la réaction et sur le mécanisme de la période comateuse. Il déduit de ses vues certaines indications qui paraissent jusqu'ici n'avoir pas été sans profit pour la science et ses malades.

M. Durand. — M. Durand procède comme s'il connaissait la cause du choléra, et par conséquent il uniformise tous ses moyens avec une persévérance et une confiance qui ne se démentent jamais. C'est à peine si, dans quelques cas exceptionnels, il voit autre chose à faire qu'à provoquer une supersécrétion de la muqueuse gastro-intestinale. Dans quelques cas que nous avons rapportés précédemment, on a vu très-exceptionnellement l'honorable praticien recourir à quelques applications de sangsues. Cette adjonction était moins inspirée par des vues déterminées qne par la présence de quelques symptômes auxquels il désirait adresser un remède que l'expérience lui avait montré plus ou moins utile. Mais ajoutons qu'il a complétement renoncé à cette

dernière médication qu'il a remplacée par des cataplasmes sinapisés ou des ventouses.

Voici, du reste, la série des moyens qui composent la méthode de M. Durand. Faisons remarquer que leur uniformité n'empêche pas ce médecin de suivre les inspirations que lui suggèrent les circonstances dans lesquelles il agit. M. Durand se conforme dans leur application à l'aphorisme *à juvantibus lædentibus*, et approprie les doses au degré du mal et à la force des malades. Toutefois M. Durand n'est arrivé à la méthode si bien caractérisée qu'il emploie en ce moment qu'après des tâtonnements et une série de modifications qu'il n'est pas inutile de faire connaître.

Au commencement de l'épidémie, M. Durand employait d'abord, dès le début, les bains d'air chaud, les infusions aromatiques stimulantes avec addition d'acétate d'ammoniaque, d'éther sulfurique et de laudanum, les frictions ammoniacales, alcoolisées et camphrées, les sinapismes, etc.; puis dès que se manifestait la réaction, l'ipécacuanha à dose fractionnée uni à l'opium, et une fois la réaction établie, les purgatifs en potion et en lavements, l'eau d'orge miellée pour favoriser l'action laxative, et dans quelques cas où les phénomènes congestifs de la réaction étaient très-intenses, quelques évacuations sanguines. Mais s'étant bientôt aperçu que les cas les plus graves étaient ceux où les malades ne vomissaient pas, et que le temps employé à donner des excitants, éloignait de plus en plus les chances de provoquer des vomissements, par suite de l'inertie croissante de l'estomac; ayant reconnu, d'autre part, que des laxatifs donnés trop près de la période algide, ainsi que les boissons froides qu'il donnait pour en faciliter l'action, tendaient à maintenir cet état d'algidité, M. Durand a modifié ainsi qu'il suit la partie de son traitement qui s'applique spécialement à l'état algide.

Le malade à son entrée est revêtu d'une chemise de molleton et de bas de laine; on lui donne un bain d'air chaud et sec, et l'on administre aussitôt 2 grammes d'ipécacuanha en deux fois. Après cela, pour favoriser les vomissements et provoquer la diaphorèse, il donne une potion avec infusiou d'ipécacuanha (de 4 à 6 grammes), dans une tasse de thé alcoolisé à 23 grammes par litre, et qu'il fait prendre excessivement chaude, en quatre fois. Il est rare que la diaphorèse ne s'établisse pas peu de temps après l'emploi de ces moyens.

M. Durand ne craint pas de revenir à l'infusion d'ipécacuanha, si le malade éprouve encore un sentiment de plénitude à l'estomac. Pour lui il y a avantage à provoquer les vomissements

tant que le besoin s'en fait sentir, c'est-à-dire, tant que les malades ont des nausées. Dans le principe, M. Durand faisait suivre immédiatement l'ipécacuanha de l'administration des purgatifs. Maintenant et par les motifs exposés ci-dessus, il n'y arrive que par une sorte de transition. Si la réaction ne survient pas après les vomitifs, si elle est difficile et dans les cas où la période algide est très-prononcée et réclame une médication stimulante, il prescrit préalablement en une seule fois 15 grammes de l'élixir suivant :

Prenez : Genièvre de Hollande . . . . 1 litre.
Faites-y macérer pendant trois jours :
Racine de gentiane. . . . }
— d'aunée. . . . . } de chaque
— d'angélique. . . } 45 grammes.
— d'acore vraie . . . }

Il soutient ensuite l'excitation avec une ou deux potions ainsi formulées :

Prenez : Eeau distillée de menthe. . . 100 grammes.
Ether sulfurique . . . . . 4 —
Acétate d'ammoniaque. . . . 4 —
On y ajoute, s'il y a de fortes crampes et de l'agitation du laudanum. . . . . 1 —
A prendre par cuillerées à bouche tous les quarts d'heure.

Cette potion est alternée avec des tasses de thé alcoolisé très-chaudes.

Pour tisane : infusion d'oranger avec addition d'acétate d'ammoniaque. On revient à l'administration de l'élixir et de la potion excitante au bout d'une heure ou deux, si la réaction ne se déclare pas.

Lorsque la réaction est établie, si elle est modérée, M. Durand supprime la potion excitante et continue encore pendant quelque temps l'usage du thé, sans alcool. Mais aussitôt qu'il voit la réaction devenir un peu vive, il s'empresse d'administrer les purgatifs ; soit : eau de Sedlitz à 50 grammes, 2 à 3 et même jusqu'à 4 litres dans les vingt-quatre heures, ou bien deux, trois ou quatre potions composées de

Manne. . . . . 60 grammes.
Sulfate de magnésie. . . 20 —

Et dont l'administration est suivie de décoction d'orge miellée en abondance, ou 45 grammes de sulfate de magnésie, dans trois tasses de thé chaud.

Depuis quelque temps, il a substitué à l'eau de Sedlitz 1 ou 2 litres de limonade au citrate de magnésie. Il fait prendre en

même temps, dans la journée, trois lavements purgatifs avec séné et sulfate de soude.

Si, malgré l'action prophylactique de cette médication, il se manifeste des phénomènes comateux, M. Durand insiste sur les laxatifs répétés et les lavements purgatifs; et il fait appliquer en même temps sur la tête des fomentations avec l'eau sédative.

Prenez : Eau	300	grammes.
Alcool camphré. . .	15	—
Sel marin.	50	—

Il applique, en outre, des sangsues aux tempes, et prescrit le sel marin à la dose de 10 grammes dans une tisane d'orge miellée ; il a presque toujours vu, sous l'influence du sel marin, la langue, de poisseuse ou sèche qu'elle était dans cette période, devenir franchement humide.

La persistance exagérée des vomissements est combattue par l'eau de Seltz et quelquefois au moyen d'une potion additionnée de 8 décigr. d'alun calciné, donnée par cuillerée.

La persistance exagérée des selles a été arrêtée, dans quelques cas, par l'administration de demi-lavements avec acétate de plomb, 5 grammes, d'après la méthode de M. Barthez.

Enfin, dans les cas où les phénomènes comateux se manifestent par des paroxysmes, il prescrit 1 gramme à 1 gramme 50 centigr. de sulfate de quinine en potion ou bien 2 ou 3 grammes dans un quart de lavement.

M. Worms. — M. Worms a déjà fait connaître lui-même dans nos colonnes une partie de sa méthode de traitement du choléra, celle qui s'applique aux phénomènes morbides de la réaction, ainsi que les motifs qui déterminent le choix de ses moyens.

La première partie de son traitement, celle de la période algide, a été résumée dans notre dernière *Revue*. Nous n'aurons donc qu'à reproduire ici, dans leur ordre logique, la série de ces divers moyens, en les mettant en regard de chacune des périodes de la maladie.

Dans la première période, période algide, bien que les moyens mis en usage par M. Worms soient très-nombreux et très-variés, ils se résument tous en définitive dans une action fortement excitante. Ces moyens sont :

1° Une potion avec :

Ether sulfurique.	15	grammes.
Ammoniaque liquide.	3	—
Teinture de caplicum	1	—
Thériaque.	15	—
Camphre	2	décigrammes.
Infusion de menthe.	120	grammes.

Une cuillerée toutes les heures.

2° Fomentations sur les membres avec une solution composée comme suit :

Prenez : Camphre . . . . . 150 grammes.
F. dissoudre dans : Alcool rectifié. 120 —
Ajoutez : Acide acétique . . . . 300 —

3° Application sur l'épigastre d'un emplâtre composé de :

Prenez : Thériaque . . . . . 15 grammes.
Baume du Pérou. . . . . 15 —
Huile essentielle de menthe. 8 —
Et superposé d'une brique chaude.

4° Infusion de tilleul et de menthe pour boisson ; boules chaudes aux pieds, etc.

Cette médication est précédée, dans le plus grand nombre des cas, de l'administration d'un vomitif au début (2 grammes d'ipécacuanha).

Lorsque la réaction est imminente, et dans la prévision des accidents congestifs cérébraux qu'elle pourrait déterminer, M. Worms fait raser la tête, et appliquer une flanelle imbibée de la fomentation suivante :

Prenez : Alcool camphré. . . . . 150 grammes.
Ammoniaque. . . . . 25 —
Chlorhydrate d'ammoniaque. . 45 —

Dissous promptement dans :

Infusion d'arnica. . . . . 190 grammes.

Quand la réaction est prononcée, on substitue à la potion excitante ci-dessus une potion avec :

Alcoolat de mélisse. . . . . 4 grammes.
Et camphre . . . . . 2 décigr.

Et plus tard celle-ci :

Prenez : Nitrate de potasse . . . . . 4 grammes
Camphre. . . . . 2 décigr.
Pour véhicule. . . . . 120 grammes.

Ou bien une potion avec le carbonate d'ammoniaque camphré (4 grammes de carbonate d'ammoniaque et 20 centigrames de camphre).

Plus les lavements laxatifs, suivant l'intensité des phénomènes congestifs.

Les deux médecins de l'hôpital militaire du Gros-Caillou manient donc des méthodes assez différentes, mais non opposées ; on peut dire même que celle de M. Worms, qui est plutôt stimulante qu'autre chose, et celle de M. Durand, qui est franchement évacuante, les stimulants n'y entrant que d'une manière accessoire, appartiennent toutes les deux à un ordre d'idées qui

ne sont pas sans quelques analogies et quelques sympathies.

On est d'autant plus fondé à faire ce rapprochement, que M. Durand avait procédé lui-même, au commencement de l'épidémie, par l'emploi de la méthode stimulante et narcotique. M. Durand n'a renoncé à cette méthode qu'à raison des accidents comateux, qu'il a cru devoir attribuer à l'influence des opiacés. Nous sommes assez heureux pour croire que nos réflexions n'ont peut-être pas été étrangères à la préférence qu'il a cru devoir donner à la méthode qu'il suit actuellement.

Reconnaissons, d'ailleurs, que M. Durand n'a pas complétement banni de la période algide l'usage des stimulants, quand il les croit utiles.

Voici les chiffres comparatifs de l'hôpital du Gros-Caillou :

Malades au 4 mai	270
Morts.	90
Sortis guéris	87
En traitement.	93
Mortalité.	0,33
Guérisons	0,32
Proportion des guérisons par rapport aux décès.	0,97

Tableau comparatif des quatre hôpitaux précédents.

	Malades au 5 mai.	Morts.	Sortis guéris.	En traitement.	Mortalité.	Guérisons.	Prop. des guéris par rapport aux décès.
Pitié . . .	272	137	87	64	0,52	0,31	0,57
Saint-Louis.	237	113	46	78	0,47	0,19	0,40
Beaujon . .	133	83	19	31	0,62	01,4	1,22
Gros-Caillou.	270	90	87	93	0,33	0,32	0,97

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

6. *Deuxième note sur l'emploi du sirop acétique et de l'acide acétique comme moyen de déterminer la réaction au début du choléra ;* par M. le docteur LEBATARD.

(Suite : *voir* t. V, mai 1849, p. 94.)

(Gazette médicale de Paris, nº 23; 1849.)

Depuis la publication de ma première note, j'ai pu réuuir encore cinq observations qui militent en faveur de cette méthode ; elles offrent d'autant plus d'intérêt, selon moi, qu'elle a pu être appliquée contre l'affection à l'état pour ainsi dire rudimentaire et dans son plus haut degré. Aucun autre moyen n'a été employé, pas plus que dans les cinq premières observations, et dans celles-ci, surtout chez les deux enfants que je cite, le sirop acétique prédomine dans la composition du sirop que je préconise. Je suis donc d'autant plus porté à croire que le vinaigre est l'a-

gent provocateur de la réaction, si rapidement obtenue dans tous les cas. Si ce moyen simple et exclusivement employé ne m'avait réussi dix fois sur onze, j'aurais peut-être osé employer le vinaigre pur ou le sirop de vinaigre pour éviter toutes les objections qui m'ont été faites; mais le mieux, dit-on, est ennemi du bien, et comme, dans mes observations, le vinaigre a été employé en proportion beaucoup plus considérable que les autres agents qui composent le sirop, et auxquels je suis loin de refuser de l'efficacité, j'ai cru et je crois prudent de ne pas m'éloigner d'une méthode qui, après tout, est plus simple que complexe, et qui, rentrant dans les vues admises généralement par les praticiens, a cela d'avantageux, de nécessaire, qu'elle remplit les premières indications, en détruisant pour ainsi dire les causes toxiques. Les observations qui suivent, bien examinées, présentent pour la plupart des symptômes graves et bien tranchés, appartenant aux trois périodes et à deux formes de la maladie *active* et *adynamique*. Dans toutes, l'amélioration a été en raison directe du dévelopement de la réaction, de l'abondance des transpirations.

Nul doute que, dans tout empoisonnement auquel on n'apporte remède que quelques heures après son ingestion ou son absorption, il faille plus de temps pour en détruire les effets. Or le symptôme le plus grave est le refroidissement, qui n'est que le prodrome plus ou moins rapide de la cyanose. L'asphyxie capillaire devient générale, concentrique, si, par un moyen rapide de calorification interne et périphérique, on ne détermine un rétablissement de la circulation si subitement ralentie, arrêtée aux extrémités d'abord, mais qui ne tarde pas à gagner la face, la poitrine et les viscères. Cette asphyxie périphérique peut se dissiper si, dès le début, on a le bonheur de déterminer rapidement la réaction, c'est-à-dire le retour à une circulation plus régulière. L'anatomie pathologique ne démontre-t-elle pas que les viscères présentent des noyaux hypostatiques par suite de cette asphyxie, qui de périphérique est devenue concentrique, et que leur présence dans le cerveau, par exemple, précédée d'un délire vague, est suivie d'un coma, alors que les méninges prennent part à cette congestion passive par le trouble de leur circulation?

J'ai observé ces faits chez trois malades, et j'ai vu que lorsque j'avais entretenu par le vinaigre cette douce réaction, suivie de moiteur générale, je combattais facilement ces dispositions, et que ce n'est que lorsque le délire vague ou la somnolence commençaient que j'avais recours aux antiphlogistiques modérés; je

dis modérés, car il se passerait certainement, chez les cholériques comateux, ce qui arrive chez les enfants, si à la base du crâne, on appliquait un grand nombre de sangsues. La déplétion brusque et abondante amènerait sans contredit une compression du cerveau plus grande et plus rapide. Je me suis toujours bien trouvé des antiphlogistiques modérés, et je suis heureux de voir que M. Lévy les conseille dans son excellent Mémoire. La preuve encore que la réaction doit être maintenue dans presque toutes les périodes de l'affection, c'est qu'elle est d'autant plus nécessaire et plus indiquée dans la période adynamique, dans celle où l'intoxication s'est emparée de tous les organes, et qui, n'étant pas déviée de sa marche essentiellement progressive par une réaction continue, ne laissent par aucun autre moyen l'espérance de sauver les malades. Je citerai encore M. Lévy, qui ne trouve avec raison rien de si nécessaire, dans cette forme de la maladie, que la réaction déterminée par tous les moyens de calorification.

Dans la période adynamique, on n'obtient pas toujours la réaction avec sueurs. La nature des malades prostrés n'offre pas assez de ressources ; mais la chaleur, entretenue par ces moyens actifs, les surexcite, et peu à peu on les voit revenir à un meilleur état. L'enfant dont je parle a présenté ces phases différentes, et j'ai vu que la chaleur du corps tendait à s'éteindre quand on cessait pour quelque temps l'emploi de l'infusion de sureau vinaigrée. Il est bien important de la suspendre quand à cette prostration effacée succèdent des rêvasseries, de l'agitation, un peu de subdélirium. C'est alors que les révulsifs aux extrémités d'abord, puis quelques sangsues aux oreilles ou à la base du crâne, sont nécessaires; et lorsque ces symptômes ont disparu sous leur influence, il faut remonter les forces du malade à l'aide de limonade vineuse ou d'eau et de vin sucrés en petite quantité.

A l'appui de ces réflexions, j'apporte des observations, les seules que j'aie recueillies depuis la publication de ma première note. Le nombre n'en est pas bien grand; mais, dans sa proportion, il mérite, je crois, d'être mentionné, car on ne saurait trop étudier une affection qui se présente avec des formes si différentes, et qu'un ensemble de mêmes moyens peut combattre en les soumettant pendant leur effet au creuset de la plus scrupuleuse observation.

Obs. I. — M. J..., 90, rue Rochechouart, travaillant, le 8 mai, fut, vers deux heures, pris de refroidissement, de douleurs abdominales et de diarrhée. Obligé de quitter son travail, et

pensant que ce qu'il éprouvait pouvait tenir à ce que, s'étant levé ce même jour en état de malaise et n'ayant pas déjeuné, il rentra chez lui, mangea du pain et but deux verres de vin. Le refroidissement augmenta avec les garde-robes. Il se coucha, et je le vis pour la première fois à sept heures et demie du soir.

Il présentait : peau peu chaude, se plissant assez facilement ; face altérée par la douleur, plutôt pâle ; yeux cernés, langue humide, peau chaude, pas de soif, pouls un peu dépressible, pandiculations suivies de quelques douleurs dans les doigts et dans les orteils ; pas de crampes, mais sensation de contractions dans les mollets, coliques atroces, excitant des cris se suspendant quelques minutes pour reprendre avec plus de violence, comme le feraient les crampes les plus vives, sans déjection, sans vomissement, mais suivies de nausées, d'éructations.

D'après ces symptômes, nous pensons que quelques heures se seraient à peine écoulées, que ce malade aurait présenté les symptômes réunis du choléra ; car on ne peut rapporter ceux qu'il présente à une simple indigestion, puisque les garde-robes, le refroidissement, avaient précédé l'ingestion des aliments ; que ces douleurs abdominales n'avaient provoqué ni vomissements ni garde-robes, et que depuis celles-ci n'ont pas reparu. Ce malade avait été mouillé la veille, avait eu froid, et quoique la nuit eût été bonne, il s'était le matin éveillé dans un état de malaise.

Pensant bien que ces causes avaient pu développer ces prédispositions, et qu'il présenterait plus tard les symptômes réels dont il annonçait les précurseurs, je le soumis aussitôt à l'usage du sirop composé, et je le fis rouler dans deux couvertures. Une transpiration des plus abondantes s'effectua très-rapidement, et j'appris le lendemain que peu de temps après les douleurs abdominales s'étaient dissipées peu à peu, que les pandiculations et les frémissements musculaires des membres inférieurs n'avaient pas reparu. Peau chaude, humide, pouls beaucoup moins dépressible, face presque naturelle, borborygmes sans garde-robes, depuis la veille ; pas de nausées ; plus d'éructation. (Diète absolue ; infusion légère de sureau, légèrement vinaigrée, cataplasmes sur le ventre.)

Le 10, bien-être, appétence. (Infusion de tilleul et camomille, bouillon.)

Obs. II. — Eugénie, 10 ans. Diarrhée le 5, le 6 et le 7, abondante, suivie de faiblesse. Les parents n'y portent aucune attention. Dans la nuit du 7 au 8, diarrhée très-abondante, vomissements incessants de matières blanches *comme du lait.*

Appelé auprès de cette enfant dans la matinée, je la trouvai dans l'état suivant : face grippée, froide, sigillée, yeux caves, atones, cerclés de noir, peau peu chaude, sigillée sur la poitrine, non cyanosée aux extrémités, langue froide, pouls très-petit, dépressible, voix éteinte, diarrhée de matières citrines, vomissements de matières blanches, absence d'urine, douleurs dans les membres inférieurs et surtout aux poignets; crampes mal déterminées.

L'enfant fut aussitôt enveloppée de couvertures de laine, entourées de bouteilles d'eau chaude, et elle but une infusion de fleurs de sureau sucrées avec le sirop mitigé :

Pr. :	Sirop acétique.	40	grammes.
	Sirop diacode.	15	—
	Acétate d'ammoniaque. . . .	6	—
	Sirop d'écorces d'oranges. . .	32	—

A cinq heures, j'appris que la sueur avait été très-abondante, que la diarrhée n'avait pas reparu, qu'il n'y avait eu que deux vomissements de l'infusion. Le pouls était relevé, la peau chaude, très-humide, face altérée, pommettes très-colorées, yeux plus caves ; les sigillations n'existaient plus sur la poitrine. L'enfant était depuis deux heures très-endormie, et je l'arrachai difficilement à son sommeil. *(Elle n'avait bu que les deux tiers du sirop.)* Pas de douleurs dans les membres, résolution complète. Ne doutant pas que ce ne fût le commencement de la période comateuse, je fis appliquer à chaque oreille deux sangsues, et des sinapismes aux jambes et aux cuisses. J'ordonnai l'infusion de sureau légèrement vinaigrée et fis suspendre la potion, prévoyant que le sirop diacode pourrait ajouter son influence aux symptômes du coma.

Le 9, l'enfant était beaucoup mieux ; elle avait dormi pendant la nuit, et sa mère l'avait fait boire plusieurs fois à sa demande. La coloration des pommettes n'avait laissé qu'une légère injection, les yeux avaient repris leur expression, pas de garde-robes, pas de vomissements, peau chaude, pouls plus actif, mais dépressible. (Infusion de camomille, diète.)

Le 10, l'enfant est bien ; elle sourit quand j'accède à ce qu'elle prenne trois tasses de bouillon. Pas de garde-robes, pas de nausées; peau bonne, la face ne porte aucune trace de l'altération des premiers jours ; la voix, qui était presque éteinte, a repris son timbre, quoique faible encore. Je la quittai le 11, après l'avoir trouvée très-bien ; j'ordonnai trois bouillons et un potage.

Obs. III. — Paul Z., demeurant rue du faubourg Montmartre, n° 38, assez sujet à la diarrhée, est pris brusquement, le 10 mai

à six heures du matin, à sa pension de Neuilly, de diarrhées fréquentes, précédées de coliques violentes; à neuf heures, vomissements, selles très-fréquentes. On le fit coucher, et on lui donna du thé. Vers trois heures le médecin de la pension trouve la maladie très-grave, et on fait transporter l'enfant dans une autre partie du bâtiment. On lui administre un lavement laudanisé, puis une potion dans laquelle il entrait six gouttes de chloroforme; il était recommandé en même temps de donner à boire le moins possible, et de tâcher de ramener *la chaleur presque complétement disparue* non-seulement aux extrémités, mais encore à la face, à la langue. Le médecin ordonne également la glace contre les vomissements, mais on ne put en donner qu'à huit heures et demie du soir. Son état était très-alarmant quoiqu'il répondît qu'il ne souffrait que de la gorge et d'une soif dévorante. Le froid continua, les yeux étaient caves, cerclés de noir, le pouls imperceptible et très-précipité.

Pour rappeler la chaleur, on avait entouré le malade de bouteilles d'eau chaude et de fers à repasser; mais il ne pouvait en supporter le contact, il s'en éloignait constamment, disant qu'*il brûlait déjà assez*, et les mouvements continuels qu'il faisait empêchaient de le réchauffer. C'est alors que sa mère se coucha dans le lit de son fils et le tint contre elle pendant deux heures. Au bout de ce temps, la chaleur revint un peu, sinon à la face, au moins aux extrémités, et malgré la soif et les vomissements, il y eut un mieux qui permit de ramener l'enfant à Paris, dans une voiture douce et bien close, où l'on avait fait un lit bien chaud. Le trajet se fit sans le moindre accident. C'est alors que je vis l'enfant à neuf heures aussitôt après son arrivée.

Le 11, à neuf heures, je trouvai le petit malade dans l'état suivant :

Face amaigrie, langue très-froide, sèche (on avait défendu de lui donner à boire); voix éteinte, respiration faible, pouls très-dépressible, pas de crampes, pas de douleurs de ventre, pas de garde-robes depuis la veille, pas de vomissements, absence d'urine, peau peu chaude et presque froide aux extrémités.

L'enfant fut aussitôt enveloppé de couvertures, et on lui donna l'infusion de sureau sucrée avec le sirop suivant :

Pr. : Sirop acétique.	40	grammes.
Sirop diacode.	10	—
Acétate d'ammoniaque. . . .	6	—
Sirop d'écorces d'oranges. . .	32	—

La première tasse fut rejetée par un vomissement, auquel se trouvaient mêlées des matières blanchâtres. Une garde-robe

blanche abondante, précédée de coliques avait eu lieu à midi, sans urines. La face, peu de temps après ma première visite, avait été plus grippée et la teinte cyanosée des yeux s'était étendue ; la voix en même temps était devenue plus faible, pas de crampes, pas de vomissements. A une heure, le pouls était un peu plus actif, plus plein, la peau chaude, sèche, la face et la langue moins froide. En continuant l'infusion vinaigrée abondante et bien chaude, l'enfant fut maintenu dans les couvertures ; il n'y eut de sueurs qu'aux extrémités inférieures. Les urines reparaissent.

Le soir, à neuf heures l'enfant était beaucoup mieux, la face avait repris en grande partie son état naturel, car son père me dit *que maintenant il le reconnaissait.* La peau généralement chaude, sans sécheresse, le pouls actif bat à 96, un peu d'agitation ; rêvassserie. L'enfant se dit très-bien ; il a dormi une heure, a uriné abondamment. Le sirop est épuisé, on le remplace par une infusion de fleurs de tilleul et de camomille sans vinaigre, car celui-ci, poussé trop loin, détermine une réaction trop vive vers le cerveau ; il faut avoir grand soin de le suspendre aussitôt qu'une agitation se manifeste.

Le 13, l'enfant est très-bien, doit prendre trois bouillons et se lever pendant deux heures.

Ces deux observations, prises sur deux enfants du même âge, présentent des différences par la forme de l'affection. La première indique la marche croissante et le parcours des trois périodes dont la dernière avait fait les progrès les plus rapides. Chez celle-ci, la réaction a été très-vive, la sueur abondante, les symptômes actifs se sont dissipés, mais le cerveau a été pris à ce point que cette petite fille était plongée dans un commencement de coma dont la prolongation lui eût été funeste, mais qui heureusement a été combattue par les antiphlogistiques modérés et les révulsifs aux extrémités. La seconde offre les débuts de l'invasion avec tous ses caractères, et l'affection suit cette marche jusqu'au moment où, changeant de face, elle prend la forme adynamique tellement prononcée, que cet enfant ne se plaint plus que d'une seule chose, *de ne pouvoir se retourner.* Sous l'influence du sirop composé où prédomine le sirop de vinaigre, la chaleur revient peu à peu sans sueur, si ce n'est aux extrémités inférieures, la face perd son aspect bleuâtre, et la langue, que la mère *comparait à un morceau de porcelaine*, devient plus humide et plus chaude. Doit-on penser que le lavement laudanisé, que la potion avec le chloroforme aient déterminé cet état adynamique ? Quoique l'on soit, *à priori*, porté à le croire, il est assez

d'observations du choléra sous forme adynamique pour s'en rapporter seulement aux effets des moyens. M. Lévy décrit cette forme, qu'il a rencontrée plusieurs fois, et comme lui, je pense que c'est dans cette occasion qu'il faut le plus développer la chaleur. Aussi ai-je vu avec satisfaction que le sirop composé et le sureau vinaigré en développant une réaction vive, sans transpiration cependant, détruisaient peu à peu les symptômes si alarmants de l'adynamie. En effet, dans cette forme du choléra, le froid de la face, de la langue, la cyanose des yeux, l'amaigrissement de la face, la saillie des ailes du nez qui *semblent découpées*, l'atonie des yeux, le refroidissement progressif du corps, l'indifférence, la prostration du malade, forment un ensemble de symptômes pathognomoniques que l'on ne retrouve que dans elle, et qui donne la mesure de l'intoxication cholérique. La respiration est si obscure et si faible, que c'est à peine si le malade peut avoir la force de parler; la voix est beaucoup plus éteinte que dans la forme dynamique. Ce petit malade présentait tous ces symptômes, et j'avais à craindre que le soir cette rêvasserie n'augmentât sous l'influence de la réaction développée; aussi, malgré la faiblesse du malade, je n'aurais pas hésité à appliquer quelques sangsues derrière les oreilles si les révulsifs ne l'avaient dissipée.

Obs. IV. — Madame L..., demeurant rue Rochechouart, n° 55 *bis*, fut, le 4 mai, prise dans la nuit, de diarrhée abondante, de crampes dans les membres et de vomissements de matières blanches. Je la visitai dans la matinée et je la trouvai dans l'état suivant :

Yeux caves, cerclés de noir, face grippée, froide, langue humide, peau chaude, crampes douloureuses dans les membres inférieurs, et surtout dans le ventre, diarrhée et vomissements de matières blanchâtres, pouls petit, dépressible, peau du corps à peine chaude, sans cyanose.

Enveloppée de couvertures et entourée de bouteilles d'eau chaude, la malade fut soumise à l'infusion de sureau sucrée avec le sirop composé. La réaction fut très-prompte, la sueur extrêmement abondante, et les symptômes décrits ci-dessus se dissipèrent assez promptement pour que la malade se trouvât beaucoup mieux dans la soirée. La nuit fut bonne; la malade eut deux garde-robes bilieuses, et les urines qui n'existaient plus depuis l'invasion avaient reparu en petite quantité et brûlantes. La peau reprit sa chaleur et la face son aspect presque naturel; le pouls n'était plus dépressible, et la malade entra en convalescence dès le lendemain.

Du 6 au 8, la malade avait assez de force pour reprendre son travail; elle mangeait un peu ; et la visitant le 8, je la trouvai très-bien. Mais le 10, à deux heures et demie, son mari vint, les larmes aux yeux, me chercher, en disant *que sa femme était reprise par le choléra*. En effet, cette femme avait eu, pendant la nuit du 9, plusieurs garde-robes et quelques vomissements, dont le retour avait été plus marqué vers deux heures. A ces symptômes s'étaient jointes des crampes dans le ventre, extrêmement douloureuses ; ses membres se retiraient à tel point qu'*elle entendait des craquements ;* un trismus des plus violents l'empêchait de boire ; les garde-robes et les vomissements étaient composés de matières blanches.

Elle fut enveloppée de couvertures et entourée de cruchons d'eau bouillante, soumise à l'infusion de sureau sucrée avec le sirop composé. Je la revis à cinq heures, les membres n'étaient plus douloureux, mais les coliques, extrêmement violentes, excitaient des cris semblables à ceux des douleurs de l'enfantement. On administra un lavement, dans lequel furent incorporées vingt gouttes de laudanum de Sydenham, et elle fut soumise à l'infusion de sureau vinaigrée. La peau était très-chaude, très-humide, la face colorée. Dans la soirée, l'amélioration avait fait des progrès rapides, et pendant la nuit, pas de crampes, pas de diarrhées, pas de vomissements, quelques coliques. (Cataplasmes sur le ventre.)

Le 11, rougeur des pommettes, somnolence, un peu de délire. (12 sangsues aux oreilles, sinapismes aux extrémités inférieures, suspension de l'infusion vinaigrée.)

Dans la journée, délire vague, rare, qui cède facilement aux révulsifs aux extrémités. Le soir, intelligence. Pendant la nuit, un peu de rêvasserie ; agitation, céphalalgie.

Le 12, un peu de délire, duquel on tire la malade très-facilement ; coloration vive de la face, pouls plein, dur, peau chaude, sueur abondante. (10 sangsues aux oreilles , sinapismes aux cuisses). Pas de garde-robes, pas de vomissements, quelques nausées. A cinq heures, intelligence parfaite, pouls bon, peau naturelle, urines naturelles et abondantes.

Cette malade offre la période comateuse, à son début, de la manière la plus tranchée. La réaction avait été des plus puissantes, et les cris que la malade avait poussés pendant ses accès de douleurs dans le ventre n'étaient pas, je crois, étrangers à cette congestion active qui, certainement, aurait déterminé le coma si on n'y avait remédié par les antiphlogistiques, à deux reprises, et par les révulsifs puissants. J'ai remarqué que ce dé-

lire, qui a eu deux périodes d'accès, aux mêmes heures, avait un peu la forme d'accès de fièvre pernicieuse.)

Le 13, à neuf heures, elle avait un délire qui portait principalement sur la non-reconnaissance des personnes, mais qui lui laissait la faculté de suivre une idée et de répondre très-lucidement et sans hésitation aux questions adressées par la même personne qu'elle ne reconnaissait pas. Ainsi elle se plaignait à moi-même de ne pas m'avoir encore vu aujourd'hui. Me reportant aux accès antérieurs, et ayant appris qu'elle avait eu dans la journée quelques heures de raison parfaite, et qu'elle avait dit *sentir la fièvre lui venir*, je n'hésitai plus à ordonner le sulfate de quinine à la dose de 12 grains dans la soirée et de 12 autres grains le lendemain, le plus matin possible, l'accès de la veille ayant eu lieu à sept heures et demie du matin.

Le 14, délire pendant une heure et demie seulement, de dix heures à sept heures et demie. A neuf heures et demie, la malade est bien, sans fièvre, se plaignant seulement de mal de tête léger, sans somnolence, sans rêvasserie. Les pilules ont été prises aux mêmes heures, le soir et le lendemain matin. Diète absolue.

Le 16, guérison.

L'observation suivante a cela de remarquable qu'elle a été prise par une personne étrangère à la médecine, et à laquelle j'avais la veille laissé par écrit les moyens que j'avais jusqu'ici employés avec succès. N'ayant appris ce fait et visité la malade que le second jour de l'invasion, je transcris cette observation fidèlement, que je dois à l'obligeance de l'observateur.

Obs. V. — « La domestique d'un de mes amis fut violem-
« ment atteinte hier du choléra. Une diarrhée abondante et
« continue pendant plusieurs jours avait été, chez elle, le sym-
« ptôme précurseur et négligé de l'épidémie. A sept heures du
« matin, les crampes, les vomissements se déclarèrent. Cette
« fille resta presque sans secours jusqu'à neuf heures. Au mo-
« ment où j'arrivai, le 30 avril, la malade était dans *un état*
« *épouvantable*; la face était *profondément altérée*, *le pouls était*
« *perdu*, *la peau noirâtre*, sèche et froide. Je fis envelopper de
« suite cette fille dans une couverture de laine, on l'entoura de
« cruchons d'eau chaude, et je lui fis boire la potion dont j'avais
« l'ordonnance par écrit. Deux heures après, les crampes avaient
« disparu, les vomissements étaient devenus moins fréquents,
« les yeux étaient moins caves, la peau était meilleure. Cepen-
« dant les crampes reparurent moins intenses toutefois. Vers
« les trois heures de l'après-midi, je fis prendre à la malade une

« seconde potion, et tous les quarts d'heure je lui fis administrer « une tasse d'infusion de fleurs de sureau, avec une cuillerée à « café de vinaigre. La réaction commença. A onze heures du « soir, je trouvai la malade dans une transpiration étonnam- « ment abondante, qui se continua jusqu'au matin.

« Aujourd'hui, 1er mai, tous les symptômes actifs du choléra « ont disparu, mais l'abattement est profond et inquiétant. »

Prévenu à cinq heures par une lettre, dont je n'ai fait que transcrire le passage relatif à l'affection, je me rends auprès de la malade, rue Saint-Honoré, 323. Je la trouvai profondément abattue, somnolente, et la face conservait les traces de la cyanose la plus prononcée ; les pommettes étaient injectées, la peau généralement chaude, humide ; il n'y avait plus de vomissements, plus de diarrhée ; *absence d'urines* ; mais la malade craignait les crampes, ressentant des frémissements aux extrémités. Elle retombait dans son abattement aussitôt que je cessais de l'interroger. Le pouls était plein, fréquent et un peu dur ; la langue bonne, humide. Je fis appliquer cinq sangsues derrière chaque oreille, et des sinapismes aux extrémités, que l'on devait renouveler dans la soirée ; les sangsues saignèrent une partie de la nuit ; la malade dormit quelques heures.

Le 2 mai, elle se disait beaucoup mieux, mais se plaignait de douleurs de tête ; elle n'avait pas eu de délire. La peau des bras, du cou, de la poitrine, présentait une éruption de petits boutons rouges dont le sommet semblait hémorrhagique, et dont le développement doit, je crois, être attribué à la réaction sollicitée par l'usage du vinaigre administré en trop grande quantité dans l'infusion de sureau. La somnolence, quoique beaucoup moindre, existait encore. Je fis de nouveau appliquer quatre sangsues derrière chaque oreille, et promener des sinapismes aux extrémités.

Le 3 mai, la malade se dit très-bien ; le pouls est bon, à 30 pulsations, pleines, sans dureté ; les douleurs de tête n'existent plus et la somnolence a disparu. La face perd de sa couleur noirâtre ; les yeux ont une bonne expression ; mais leur excavation diminue lentement. (Bouillon froid, trois tasses ; infusion de tilleul et camomille.)

Le 4 mai, la malade ne se plaint que de faiblesse et demande à manger ; on lui donne du bouillon et deux potages ; et après avoir recommandé que l'alimentation ne soit augmentée que progressivement, je la quitte. Depuis, j'ai appris qu'elle s'était levée et qu'elle mangeait d'un très-bon appétit.

Cette observation est sans contredit une des plus intéressantes de celles que je publie, et les trois périodes ont été bien tran-

chées. La réaction, qui s'est établie lentement, prouve jusqu'à quel degré l'intoxication cholérique avait frappé la malade; mais aussi elle démontre jusqu'à l'évidence que, sous son influence, les vomissements, les gardes-robes, les crampes ont disparu, alors que la transpiration a été des plus abondantes.

Aucune autre médication n'a été employée. Cette observation, rédigée par une personne étrangère à la médecine, prouve de quelle importance elle pourra être lorsque des faits plus nombreux seront venus concourir à en démontrer l'efficacité.

Du 15 au 20 mai, j'ai eu l'occasion de visiter, avec mon ami et confrère M. le docteur Mancel, trois malades âgés de 26 ans, de 72 ans et de 2 ans et demi. Chez tous, la médication que je préconise a été exclusivement employée, et le succès a été complet.

La première observation est celle d'une jeune femme dont le mari succombé en trente-six heures à un choléra asiatique, et qui fut prise des symptômes les plus tranchés de l'affection pendant qu'elle lui donnait ses soins. Recueillie chez une de de ses amies, elle y fut soignée par M. Mancel. Elle se présenta après les symptômes dynamiques, avec la forme adynamique, qui, sous l'influence du sirop acétique composé et de l'infusion de sureau vinaigrée, offrit une amélioration assez rapide pour qu'elle ait été entièrement guérie le cinquième jour de l'invasion.

La seconde observation est celle d'une dame âgée de 72 ans, qui présenta tous les symptômes actifs du choléra, avec cyanose des extrémités, le 19 mai. Par l'usage du sirop acétique, l'amélioration marcha assez rapidement pour que, le 20 au soir, cette dame se trouvât très-bien à la visite que je lui fis avec M. le docteur Mancel.

La troisième est prise sur un enfant de 2 ans et demi. Vomissements, diarrhée, douleurs dans les membres, refroidissement, cyanose et excavation des yeux, tels sont les symptômes que présentait cet enfant. Il but abondamment de l'infusion de sureau sucrée avec le sirop acétique composé, dont les premières tasses furent rejetées par les vomissements. On continua son usage, et l'enfant n'ayant, plus eu de vomissements, entra en réaction. Une sueur abondante et une coloration des pommettes annoncèrent l'amélioration, qui fit des progrès rapides. L'enfant était bien à notre visite du soir le 21 mai; il avait eu les premiers symptômes le 20 au matin.

Les détails dans lesquels nous aurions pu entrer pour ces trois observations sont les mêmes que tous ceux des autres malades. L'important est de savoir que la même médication exclusive a été

employée pour tous, et que le succès a été aussi rapide que dans toutes celles que j'ai publiées dans la première note.

---

7. *De la valériane contre l'épilepsie ;* par M. Chauffard, d'Avignon.

(Revue médico-chirurgicale, mai 1849.)

Comme il est rare de découvrir la cause, le siége et la nature de l'épilepsie, il faut, pour la guérir, tenter des méthodes empiriques. Elles produisent quelquefois des changements inespérés, et le voile dont se couvre leur mode d'action ne saurait les faire répudier.

La valériane éloigne, affaiblit, arrête même les accès d'épilepsie. L'estime où la tenaient les anciens ne venait point de leur crédulité. Cette racine, celle surtout qui pousse dans les terrains arides, desséchée et réduite en poudre, est amère et nauséabonde. Son arôme fait éternuer, porte à la tête, et impressionne étrangement les centres nerveux. Dioscoride, Rivière, Sylvius, Sauvages, Willis, Haller, de Haen, Quarin, Bergius. Plouquet, Tissot, parmi nos prédécesseurs; Morelot, Mérat, Marquis, parmi nos contemporains, ont écrit sur son efficacité dans le traitement des maladies convulsives essentielles. « Mais, observe Barbier, la valériane n'est salutaire qu'autant qu'on en porte la dose très-haut, qu'on en consomme une forte quantité en peu de temps. On en fait prendre un gros toutes les heures ; le malade en avale une once, même une once et demie par jour ; on sent assez quelle abondance de matériaux actifs cette masse de substance introduit dans le corps ; si quelques-uns des principes de la valériane ont la faculté de modifier l'état actuel du système nerveux, de changer le mode d'action du cerveau, ils doivent acquérir une grande puissance, lorsque l'on emploie un volume aussi considérable de la substance où ils sont contenus. »

Desbois de Rochefort rappelle que le gouvernement avait fondé un établissement pour les expériences d'électricité appliquée au corps humain. On y traitait beaucoup d'épileptiques, la plupart sans succès ; d'autres guérissaient. La cure fut attribuée d'abord à l'électricité ; on découvrit plus tard que ces malades prenaient la valériane à haute dose.

L'accord des praticiens sur la vertu de cette substance n'a de nos jours rencontré qu'un contradicteur, Alibert, qui assure n'avoir recueilli pendant dix ans à l'hôpital Saint-Louis que des faits négatifs. Mais aussi n'a-t-il employé la poudre de valériane qu'à la dose d'un scrupule, *blâmant les médecins qui ne craignent pas d'aller jusqu'à un demi-gros ou un gros.* Or, à si faible dose,

cette racine, souvent inefficace lorsqu'on en donne vingt fois plus, doit l'être nécessairement. Morelot avait été aussi timide, ne dépassant pas 20 à 30 grains, trois ou quatre fois par jour. Loiseleur-Deslongchamps, Marquis et Barbier, ont poussé la valériane jusqu'à une once, une once et demie, chaque jour par fractions d'un gros, données toutes les heures. Fauverge et Mérat remarquent à ce sujet qu'avant ces médecins j'avais employé la valériane à cette dose, jusqu'alors inusitée, et avec une rare persévérance.

Obs. I. — Le fils d'un préposé à l'état civil tombait depuis quelques années dans l'idiotisme. Il pleurait ou riait sans motifs, restait assis, morne, plein de répugnance pour la lecture et pour la promenade. Il avait alors quinze ans ; sa fibre était lâche, sa peau blafarde, sa taille élancée, sa figure longue, maigre et inattentive, son front était étroit et aplati, ses pommettes étaient saillantes. Il était frappé, surtout de grand matin, de fréquentes attaques d'épilepsie, et des espèces de tressaillement général suivaient par intervalles. Je prescrivis 8 grammes par jour de racine de valériane, et la portai, mêlée avec du miel et un peu de macis, quelquefois avec du sirop d'écorce d'orange amère, à 30 gram., en deux semaines.

Le malade, qui la prenait sans dégoût, ne tarda pas à en consommer tous les jours 50 grammes ; il en mettait même dans son chocolat, et il buvait, en outre, trois verres d'une tisane composée avec 40 grammes de cette racine, et 25 grammes de gui de chêne qu'on faisait bouillir dans un litre d'au jusqu'à réduction du tiers. Les attaques d'épilepsie devinrent rares. Quant aux tressaillements de tout le corps qui semblaient se précipiter dès que la moindre contrariété ébranlait ce frêle cerveau, ils n'apparaissaient que dans des moments de colère. Pendant cinq mois, ce malade avala de pareilles doses de ce médicament, et pendant plus d'un an il ne cessa d'en prendre de temps à autre, et d'en consommer ainsi une grande quantité. S'il ne dut pas d'abord à la valériane une guérison radicale, il y dut cependant de passer cinq ou six mois sans éprouver une seule attaque. Ce traitement fut commencé en janvier 1819 ; il y avait, en 1825, six ans qu'on avait obtenu un succès de jour en jour moins équivoque, et dix-huit mois qu'il ne s'était pas déclaré de récidive.

J'associai à la valériane l'eau ferrugineuse et des frictions sur la colonne épinière, tantôt sèches, tantôt avec l'alcool thériacal ou le liniment de Rosen. Le malade se baignait l'été dans le Rhône. On avait soin de ne pas le contrarier, de le détourner de la préoccupation des attaques à venir, en lui faisant apprendre

la musique et cultiver un jardin ; passe-temps agréable, qui exige de l'activité. Ces divers moyens, en provoquant des mouvements organiques salutaires, devaient enfin arrêter ces habitudes d'épilepsie, de mouvements convulsifs.

Ce jeune homme, qui avait gagné de l'embonpoint, des formes plus robustes, retrouva assez de sens et d'intelligence ; mais, en avril 1829, il entra dans une maison de santé, aliéné et repris d'épilepsie. Depuis quatre ans, ses parents s'étaient lassés d'un traitement que ses succès passés faisaient un devoir de continuer ou au moins de recommencer.

Voilà donc la valériane qui arrête la marche et suspend les accès d'une épilepsie. Ceux-ci ne se reproduisent et ne s'accompagnent d'aliénation que plusieurs années après qu'on a répudié ce remède.

Obs. II. — Dans l'été de 1821, je reçus à l'hôpital une petite fille de 15 ans, assez éveillée, quoique d'esprit borné. Elle n'était pas encore réglée. Depuis quatre ans qu'on lui avait fait peur, elle n'avait point grossi, ni grandi, ni subi aucun des changements ordinaires à son âge, et était devenue épileptique. Le repos et divers traitements avaient à plusieurs reprises affaibli les accès de cette maladie, mais chaque fois ces accès avaient reparu avec plus de force qu'auparavant. L'enfant, qui prit d'abord avec dégoût la valériane, en fut pourtant bientôt à 30, puis à 50 grammes dans les vingt-quatre heures ; elle buvait en même temps, chaque jour, quatre verres d'une décoction de cette même racine. Après trois mois de séjour dans l'hôpital, cette fille en sortit n'ayant plus ressenti d'atteintes d'épilepsie depuis six semaines et en paraissant délivrée. Je suspendis alors la valériane à cause d'un embarras gastrique, que l'anorexie et la blancheur de la langue annoncèrent. Plus tard, et longtemps, cette fille, pour consolider sa guérison, vint prendre matin et soir, à la pharmacie de l'hôpital, une forte dose de cette racine en poudre. Son rétablissement, qui ne cessa de s'affermir, témoigna de l'efficacité de la valériane dans les épilepsies qui ne dépendent pas d'une lésion de tissu ou d'un vice de conformation.

La valériane, disent MM. Trousseau et Pidoux, convient surtout aux femmes et aux filles épileptiques ; *elle les jette dans la lassitude et l'impuissance musculaire.*

Lorsque les menstrues parurent, la malade éprouva des défaillances et quelques mouvements convulsifs : je lui fis appliquer un moxa au bas de l'épine, qui était obstinément endolorie. Il s'ensuivit une suppuration abondante, puis un accroissement de force et d'embonpoint.

Obs. III. — En 1843, une paysanne du terroir d'Orgon, âgée de 27 ans, rude à la peine, mais d'esprit faible et grossier, prend peur et tombe en de fréquentes, soudaines et brutales attaques d'épilepsie. Elles durent des demi-journées, avec lividité de la face, saillies des veines frontales, insensibilité de l'iris, écume épaisse à la bouche, claquement des dents, meurtrissure de la langue, contorsion des traits, opisthotonos, flexion du pouce dans la paume des mains, respiration stertoreuse. On avait saigné, ventousé, purgé et rafraîchi la malade de toutes les façons; les attaques, qui dataient de deux ans, se renouvelaient deux ou trois fois la semaine. Cette fille avait la tête et les membres couverts d'ecchymoses; elle maigrissait. La valériane n'avait point été essayée; je la prescrivis en poudre et à très-forte dose, commençant par 20 grammes, atteignant bientôt 50 grammes par jour. Les accès épileptiques ne tardèrent pas à se distancer considérablement, à perdre leur durée et leur intensité. Aucune incommodité ne suivit l'administration de ce remède; la malade en aurait pris à chaque instant; elle se trouva délivrée en quatre mois.

Obs. IV. — Un paysan de 20 ans, adonné à la masturbation, avait éprouvé cinq attaques d'épilepsie à des intervalles assez éloignés; comme la figure était colorée et la tête alourdie, je fis ouvrir la saphène et mettre vingt sangsues aux apophyses mastoïdes; petit-lait, délayants, bains avec effusion d'eau froide sur le sinciput. L'attaque d'épilepsie reparut après trois semaines, malgré ces moyens qui paraissaient indiqués : leur administration devait d'ailleurs préparer le succès de la valériane. Aussi, dès le lendemain, le malade en but une décoction assez concentrée, et prit 15 grammes de poudre sous forme d'électuaire, puis 30, enfin 60, et pendant six mois n'interrompit ce remède que rarement, et pour peu de jours. Il fut frappé d'une septième attaque au bout de trente-cinq jours, après lesquels trois mois se passèrent sans qu'il y eût de récidive, lorsque deux violents accès survinrent coup sur coup, à trois quarts d'heure d'intervalle l'un de l'autre. Le malade écuma, frappa de la tête contre terre : c'est qu'il recommençait de se masturber. Les exhortations ne furent point épargnées; son père le malmena, une fille dont il était amoureux ne voulut plus de lui; il devint sage, et, trois mois encore, avala tous les jours 30 grammes de valériane, qu'il prenait à la pharmacie de l'hôpital; il y renonça par la suite, insensiblement. Sa guérison ne se démentit pas.

Obs. V et VI. — En 1825 et 1827, deux jeunes paysans, l'un de Barbantane, l'autre de Saint-Rémy, vinrent se faire traiter de

l'épilepsie. Leurs accès, qui étaient fréquents, les renversaient privés de toute sensibilité et sans connaissance, avec les membres roides et secoués par de fortes convulsions, les yeux fixes, la bouche couverte d'écume. Ces malades n'étaient frappés que depuis deux ou trois années ; le premier rapportait l'épilepsie à une frayeur, le second à l'onanisme. Ils furent saignés et mis aussitôt à l'usage de la valériane en poudre et en décoction, qu'ils supportèrent bien, quoique à haute dose. Pendant quatre ans environ, ils passèrent de temps à autre plusieurs mois à l'hôpital ou dans la ville, recommençant chaque fois à prendre tous les jours 60 grammes de poudre de cette substance et une pointe de décoction. Leurs accès s'éloignèrent d'abord et s'évanouirent ensuite, Ces deux hommes sont aujourd'hui pères de famille.

Obs. VII. — Un paysan de Saint-Victor, âgé de 32 ans, tombé en épilepsie à la suite d'un travail forcé, vint à l'hôpital, en 1822, prendre, trois mois durant, la valériane. Il en sortit sans avoir ressenti une seule attaque de cette maladie.

Obs. VIII. — Un militaire épileptique commença, en 1845, par 15 grammes de cette substance en poudre, et atteignit bientôt 45 grammes par jour. Il sortit de l'hôpital après trois mois, n'ayant eu qu'une seule attaque de courte durée. On se proposait de le réformer.

Obs. IX. — Du mois de septembre 1823 au mois d'avril 1824, un adolescent, sec et maigre, âgé de 14 ans, fils de négociant, essuya quelques attaques d'épilepsie que son père regarda comme de violentes convulsions nerveuses. Elles se manifestèrent de nouveau dans le mois d'octobre 1824, et reparurent à diverses reprises jusqu'au mois de mars 1825, en acquérant beaucoup d'intensité. Pendant leur durée, la face bleuissait, le front se contractait, les yeux étaient fixes, saillants, les paupières à demi closes ; grincement des dents, bouche écumeuse, secousses convulsives, respiration bruyante ; perte de la connaissance, des sens, de toute espèce de sensibilité ; pouls dur et inégal. Saignées, pédiluves, délayants, lait et régime végétal. L'enfant se masturbait ; il se corrige ; il aimait le dessin et s'y appliquait des heures entières ; j'interdis cette étude, qui agaçait ses nerfs. Quelques attaques reparaissent malgré ce traitement. Je mets alors le malade à l'usage de la valériane incorporée dans du miel : 8 grammes d'abord, puis 15, enfin 30 dans les vingt-quatre heures. Il y insiste sans interruption pendant cinq mois, en passe dix sans tomber en épilepsie : elle éclate ensuite, et les attaques sont toujours suivies d'un engourdissement, d'une sorte de stupeur

qui ne s'efface que le lendemain. La valériane, précédée encore de la saignée, est reprise et avec le même succès. Six mois après, autres accès d'épilepsie ; j'essaye le vermiculaire brûlant ; son action est moins efficace, ce qui fait revenir, dans le printemps de 1828, à la valériane, que le malade prend longtemps, qu'il cesse ensuite momentanément, pour y recourir de nouveau. Les attaques s'éloignent ; à peine s'il en reparaît une, deux fois l'an. La dernière eut lieu dans l'automne de 1830 ; et durant huit mois au moins des années 1831 et 1832, la valériane fut administrée régulièrement tous les jours aux doses de 35 à 40grammes.

Ce jeune homme a persisté sept ans dans l'usage de cette racine ; il a acquis de l'embonpoint, et se trouve délivré même des migraines, des mouvements convulsifs des paupières, qui autrefois se manifestaient par moments quelques jours avant les accès.

Je ne donne la plupart de ces observations que pour ce qu'elles valent ; les habitudes chastes, le changement de nourriture et d'occupations, le traitement antérieur à l'administration ayant pu contribuer à la guérison, aussi bien que le long usage de cette plante. Il est toutefois présumable que ce médicament y a pris une grande part, en exerçant une action directe sur l'estomac, et une action inappréciable et toute particulière sur le système nerveux.

Souvent je faisais saigner ces malades, et presque toujours avec avantage : qui ne connaît la belle cure opérée par Tissot ? La valériane nuisait, quand ce médecin consulté en arrête l'emploi, pour la reprendre plus tard associée à la feuille d'oranger ; il on obtient de salutaires effets. La malade avait été, dans cet intervalle, saignée et mise à une diète rafraîchissante.

Desbois de Rochefort prétend qu'à la dose d'une ou deux onces par jour la valériane provoque des nausées, de l'anxiété précordiale et même des vomissements ; la plupart de mes observations, celles de Bergius, de Tissot, de Vaidy, prouvent le contraire. Cette poudre excite les premiers jours de la répugnance, mais on s'y habitue bientôt ; elle ne fatigue pas le ventricule, aussi je ne la mêle plus avec du macis et d'autres aromates. Le sens du goût et de l'odorat en est le seul offensé.

Selon Morelot, la valériane est souverainement narcotique, emménagogue, diurétique : je n'ai jamais vu dormir plus que de coutume ceux qui la prenaient ; elle peut, en excitant le ton général des organes, provoquer une plus grande sécrétion d'urine ou l'irruption des règles ; mais cette vertu est trop incer-

taine, trop indépendante de l'idiosyncrasie, pour être annoncée d'une manière aussi absolue.

Obs. X. — Une demoiselle de 14 ans était depuis plusieurs années sujette à des syncopes de peu de durée, précédées de cris involontaires, de spasmes dans la figure, d'agitation clonique des yeux ; sa mère en était inquiète, et elle le devint davantage lorsqu'elle vit ces symptômes se convertir en convulsions avec résolution des sens, la langue se déchirant et les lèvres se couvrant d'écume. La malade fut mise à un régime tempérant et saignée du pied ; elle s'exposa tous les jours à des vapeurs émollientes dirigées vers les parties sexuelles ; je lui prescrivis ensuite la valériane : 4 grammes d'abord, puis insensiblement 30 dans les vingt-quatre heures. Pendant dix-huit mois, elle persista dans l'usage de ce médicament sans jamais en être incommodée, et ces attaques s'éloignèrent, s'affaiblirent et cessèrent ensuite.

De jeunes enfants ont pris régulièrement 20 et même 30 gr., de valériane par jour sans en ressentir le moindre dérangement. A l'hôpital, plusieurs d'entre eux ont ainsi guéri.

Obs. XI. — Je fus consulté par un homme atteint de catarrhe chronique, sujet à des accidents d'épilepsie et disposé à l'hémorhagie cérébrale. J'écrivis ce qui suit :

Le malade éprouve depuis longtemps à la tête des fluxions sanguines, qui s'accompagnent ordinairement d'une attaque d'épilepsie. L'engorgement vasculaire cérébral, qui occasionne et précède ces symptômes graves, s'accroît pendant leur durée, persiste plusieurs jours après leur terminaison, et engourdit les membres droits. De plus, le malade est atteint d'une toux chronique avec dyspnée, raucité et hypersécrétion muqueuse, qui augmente l'hiver. Malgré cela, la nutrition se fait encore avec vigueur et les muscles sont remplis.

On saignera du bras ou du pied une fois le mois, jusqu'à extinction de la toux, de l'étouffement et des accidents nerveux ; dans l'intervalle de ces saignées, vingt-cinq sangsues à l'anus ou au périnée.

Lavements et pédiluves, tisanes douces et nitrées, lait, émulsions, vésicatoires volants aux bras et aux cuisses, douches de vapeurs sédatives sur la poitrine et le cou.

Si ce traitement ne suffit pas, sétons ou cautères au-dessous des seins ; poix de Bourgogne stibiée entre les épaules ; sels neutres.

Dès que le catarrhe aura cessé, si les accidents cérébraux persistent, séton à la nuque, pédiluves sinapisés ou alcalins,

pilules aloétiques, eau de Vals, apozèmes avec la terre foliée de tartre et l'oxymel scillitique.

Cette habitude convulsive, cette épilepsie acquise ne s'évanouirait-elle pas? La valériane en poudre, incorporée dans du sirop de baume de Tolu, portée avec mesure jusqu'à 45 grammes par jour, offrira une ressource facile et souvent efficace.

Le malade se tiendra chaudement vêtu, s'interdira vin, aliments de haut goût, rapports conjugaux, se promènera tous les jours, mais sans se fatiguer.

Cette consultation fut comprise : les bronches se dégorgèrent, et le poumon reprit sa liberté d'action sous l'influence des émissions sanguines. L'épilepsie fut plus rebelle, mais la persévérance dans l'emploi de la valériane la fit enfin céder.

Obs. XII. — Une jeune personne, faiblement réglée depuis un an, douce, caressante, d'une sensibilité presque convulsive, atteignait l'âge où toutes les impressions sont vivement perçues, où le genre nerveux est en conséquence très-stimulé. Sa santé avait été délicate et sa crue en longueur trop rapide ; elle avait eu longtemps la diarrhée, conservait des flatuosités; depuis un an environ, elle éprouvait des attaques nerveuses qui se reproduisaient fréquemment. Ces attaques, quoique instantanées, faisaient perdre connaissance, laissaient la malade tomber, et prenaient le caractère de l'épilepsie.

Je conseillai le mouvement en plein air, la culture des fleurs, le jeu de boules, de quilles, l'escarpolette, l'équitation, beaucoup de régularité dans l'ordre et l'heure des repas, l'eau ferrugineuse ; éviter les légumes secs et la pâtisserie; les lectures sérieuses, les pratiques de piété, tout travail qui exige de l'attention : passer au lit douze heures sur vingt-quatre.

Pendant l'attaque d'épilepsie, étendre la malade sur un tapis, la laisser libre dans ses mouvements, lui lancer de l'eau fraîche à la figure, lui présenter de l'ammoniaque.

Pour en prévenir le retour, pédiluve avec 100 grammes de moutarde, deux fois la semaine; l'alterner avec un lavement savonneux ; tous les jours, s'asseoir sur un vase rempli d'une décoction calmante très-chaude ; chaque matin, friction sus-spinale avec le liniment de Rosen ; le soir, avec une brosse.

Bains tièdes de temps à autre, et en été bains de rivière; tisanes réfrigérantes, bouillon de poulet, petit-lait, lait d'ânesse, émulsions avec le nitre et le sirop de nymphéa, observant si, pendant ce traitement, les attaques s'éloigneront ou faibliront. Insister en cas d'insuccès, dans l'hypothèse contraire, donner la poudre de valériane délayée dans un peu d'eau rougie ou incor-

porée dans du miel : 4 grammes les premiers huit jours, le matin à jeun, puis autant une heure avant souper ; augmenter ainsi jusqu'à 40 grammes dans les vingt-quatre heures ; suspendre ce remède durant quelques jours ou en diminuer la quantité, s'il paraît surexciter l'estomac ; le continuer plusieurs mois après la cessation complète de l'épilepsie, mais à des doses décroissantes.

Il fallut en venir à la valériane pour la guérison de cette épilepsie ; mais le médecin de la malade préféra l'extrait à la poudre de cette racine, préparation qui compte aussi des succès. N'en éprouvant pas cependant d'amélioration assez prompte, il ordonna en dernier lieu la racine. Dès lors les attaques, qui devinrent très-rares, durèrent à peine quelques minutes, sans priver la malade de toute connaissance, ne la renversèrent plus à terre, et s'effacèrent enfin.

La valériane n'est point seulement utile dans l'épilepsie, elle l'est encore dans d'autres affections spasmodiques.

Obs. XIII. — Une dame, âgée de 50 ans, grande, forte et pléthorique, était atteinte, depuis la diminution des menstrues, de convulsions soudaines dans les bras, avec rire sardonique, larmes involontaires, entraînement de la pupille vers le sommet de l'orbite, contraction irrégulière de la figure, résolution des sens et de l'intelligence. Ces convulsions, qui duraient un demi-quart d'heure, cessaient peu à peu ; elles augmentèrent d'intensité et de fréquence, lorsque les règles eurent passé ; malgré d'abondantes saignées du pied, les convulsions parurent alors dix à douze fois dans les vingt-quatre heures. La malade devint morne, inquiète, craintive, et n'osa plus sortir.

Pendant six mois environ, elle prit la valériane à haute dose, et sans y manquer un seul jour. Ces convulsions se réduisirent tellement, que la semaine s'écoulait quelquefois sans qu'il en survînt ; elles étaient instantanées, ne consistant plus qu'en une simple secousse ; elles cessèrent ensuite entièrement, et la malade reprit son caractère accoutumé.

Obs. XIV. — Un petit garçon de 6 ans fut atteint de saccades convulsives de la tête, du bras droit et de la jambe droite, qui se répétaient fréquemment dans le jour, et qui avaient résisté à divers traitements. Husson conseilla la poudre de valériane, 16 grains le matin et autant le soir les quatre premiers jours, puis 20, 24 grains, augmentant ainsi tous les quatre jours de 4 grains la dose du matin et celle du soir. Arrivé à un gros, on devait rétrograder dans le même ordre, jusqu'à ce que l'on fût revenu à 16 grains.

Ce traitement fut suivi cent jours environ, et l'enfant fut dé-

livré. Deux ans plus tard, la maladie reparut, mais moins intense, et la même méthode la fit encore cesser.

Obs. XV. — Une fille de 8 ans et un garçon du même âge, de l'hospice des Orphelins, étaient affectés : la première, de mouvements convulsifs involontaires et non interrompus de la jambe droite, qui exécutait brusquement un circuit en forme de demi-cercle ; le second, d'une contraction spasmodique semblable mais bornée au bras gauche, survenus sans cause appréciable, et d'une opiniâtreté qui avait déjoué toutes sortes d'antispasmodiques, d'applications résolutives ou émollientes. La poudre de valériane les délivra tous les deux en peu de temps, et ils n'ont point éprouvé de récidive.

Obs. XVI. — Une autre orpheline de 12 ans, grande, mince, maigre, espiègle, criarde, emportée, n'ayant pas eu de maladie depuis sa première enfance, fut prise de chorée en août 1831. Elle dormait la nuit ; mais, dès son reveil, les membres, la tête et même le tronc étaient livrés aux mouvements les plus désordonnés. Essayait-elle de porter un verre à la bouche, sa main s'en éloignait à l'instant d'en approcher, par de brusques secousses qui l'élevaient au niveau des yeux ou l'abaissaient sur la poitrine ; elle pouvait à grand' peine prendre quelques aliments. Le sommeil seul suspendait cet état convulsif.

La saignée du pied, les sangsues, les bains, le castoréum, le camphre, l'assa-fœtida, l'opium seul ou combiné avec l'ipécacuanha, les infusés de tilleul ou de mélisse, avaient été mis en avant, mais sans succès, lorsque la valériane fut administrée en poudre et étendue dans du petit-lait, auquel on ajoutait par jours alternatifs 8 grammes de sirop de morphine. Le troisième jour, cette mobilité convulsive de tous les muscles faiblissait déjà ; le vingtième, elle cessait si bien que la malade avait repris ses petites occupations domestiques.

L'année d'auparavant, une autre fille de 11 ans, craintive et appliquée, avait été atteinte de la même maladie. Les convulsions des membres et du tronc n'étaient pas très-violentes, mais les grimaces étaient hideuses et la déglutition se faisait très-difficilement. La poudre de valériane enchaîna cette névrose en deux semaines ; d'autres remèdes avaient échoué.

Ces observations prouvent que la valériane modifie puissamment le genre nerveux, et arrête quelquefois les maladies convulsives ; n'espérons pas cependant qu'il en soit toujours ainsi. Le valérianate de zinc est en possesion des propriétés sédatives de la valériane. Ce sel paraît jouir aujourd'hui d'une faveur due

à ce qu'il inspire moins de répugnance, étant administré sous un très-petit volume. Dans les cas sérieux la valériane me semble préférable

V. ACCOUCHEMts, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

ACCOUCHEMENTS. — 8. *Traitement prophylactique et curatif de la métro-péritonite puerpérale.*

(Journal des Conn. médico-chirurg. juin 1849.)

Il y a à l'hôpital Saint-Louis une salle d'une douzaine de lits consacrée aux accouchements. M. Malgaigne, chef de service de cette salle, emploie, depuis près de trois ans, une méthode de traitement propre à prévenir la métro-péritonite et à la combattre, si néanmoins elle se développait. Comme M. Malgaigne assure être arrivé, par sa méthode, à ne perdre qu'une accouchée sur 44, tandis que dans les Maternités on en perd une sur 25 ou 26, il nous a paru utile de donner un résumé des réflexions qu'il faisait lui-même à l'occasion d'une femme de son service, atteinte de fièvre puerpérale.

Les deux causes qui influent le plus sur la production de cette maladie sont l'encombrement et le refroidissement. La salle d'accouchements de l'hôpital Saint-Louis a l'inconvénient d'être écrasée et de communiquer avec des salles de chirurgie. Le chef de service obvie le plus qu'il peut à cette source d'encombrement en proscrivant les lits surnuméraires et en faisant isoler, autant que possible, les femmes atteintes de métro péritonite. C'est peut-être à cette mesure qu'il doit de n'avoir pas eu une seule épidémie en trois ans.

Les signes de résolution prochaine, chez l'accouchée, sont l'écoulement lochial et la diaphorèse, et l'on doit tout faire pour seconder le développement de ces phénomènes. On doit particulièrement lui prescrire de ne pas se découvrir sans précaution, soit pour donner le sein, soit pour satisfaire un besoin : car alors la diaphorèse s'arrête, ainsi que l'écoulement lochial, et la femme est exposée à avoir soit une métro péritonite simple, soit même une métro-péritonite puerpérale, en vertu de la tendance qui existe également chez elle à la décomposition des humeurs. L'accoucheur doit s'abstenir, de son côté, de faire des injections : elles refroidissent sans offrir aucun avantage en compensation, M. Malgaigne étant d'avis que le séjour prolongé des lochies n'entre pour rien dans l'étiologie de la fièvre puerpérale.

On doit aussi soustraire, autant qu'on le peut, la femme aux émotions morales, parce que celles-ci donnent également lieu au refroidissement, en provoquant la concentration du sang vers le cœur. Voilà pour le traitement préventif ; voyons maintenant pour le traitement curatif.

M. Malgaigne en exclut d'abord les sangsues et les onctions mercurielles : les premières parce qu'elles affaiblissent, mouillent, refroidissent les malades ; les secondes parce qu'elles sont inutiles et qu'elles exposent également les malades au refroidissement. Si la femme est forte, il commence par une saignée du bras de deux palettes. Pour éviter le refroidissement pendant cette opération, on enveloppe la main et l'avant-bras de linges chauds, de manière à ne laisser que le pli du coude à découvert. On couvre ensuite le ventre d'un cataplasme chaud, que l'on introduit avec précaution et comme furtivement sous la couverture. Ce cataplasme apaise les douleurs abdominales et porte à la transpiration ; mais on doit le renouveler toutes les heures ou toutes les deux heures. Pour mieux éviter le froid, M. Malgaigne emprisonne les malades dans leur lit au moyen de cordons qu'il appelle *rubans antiphlogistiques*. Ces cordons, adaptés à la couverture, viennent s'attacher, derrière le cou de la femme, au traversin. Ils s'opposent à ce que les bras ou la poitrine soient involontairement découverts pendant le sommeil. Une malade fort indocile fut littéralement cousue dans ses couvertures. La femme, ainsi empaquetée, on lui donne des boissons légèrement sudorifiques, et l'on ne tarde pas à voir se développer une transpiration abondante et salutaire.

C'est ainsi qu'a été traitée, sous nos yeux, une accouchée qui avait pris froid en s'opiniâtrant à faire téter un enfant qui ne pouvait prendre ses bouts de sein mal formés. Les premiers symptômes de la péritonite se montrèrent le lendemain, 3 octobre. On fit une saignée qui donna un sang couenneux. La malade se trouva mieux dès que la transpiration fut rétablie, et l'entretien de cette dernière amena la résolution en quelques jours.

M. Malgaigne croit ce traitement suffisant dans l'immense majorité des cas. Il en a rencontré un, cependant, dans lequel le mal marcha trop rapidement pour que la transpiration pût l'enrayer. Le pouls présentait des intermittences revenant toutes les trois ou quatre pulsations. L'observation a démontré que ce phénomène se rattachait, dans de telles circonstances, à un commencement d'altération du sang et à la formation d'un caillot sanguin dans le ventricule droit du cœur. M. Malgaigne pres-

crivit alors 8 grammes de phosphate d'ammoniaque en potion, dans le but de liquéfier le sang. Le lendemain, la malade vivait encore, contre toute attente, et ne présentait plus d'intermittence qu'après huit ou neuf pulsations. Le jour suivant, l'intermittence ne revenait plus que de quinze en quinze pulsations. La malade se trouvant mieux et manifestant beaucoup de dégoût pour la potion, on suspendit le phosphate d'ammoniaque. Mais les intermittences se rapprochèrent aussitôt et il fallut y revenir Elle a été de mieux en mieux depuis lors.

M. le docteur Foucart a publié, dans le numéro de décembre dernier de la *Revue médico-chirurgicale*, un cas du métro péritonite puerpérale qu'il a guérie à l'aide de la méthode précédente, moins le phosphate d'ammoniaque, qui, du reste, n'est indiqué que dans les cas d'une gravité extrême. Voici un abrégé de son observation qui témoignera de la justesse du diagnostic.

Obs. — Une femme de 54 ans, portière, accouchée le 11 novembre dernier, s'étant exposée les jours suivants à toutes les intempéries de la saison, fut prise subitement, le 23, vers midi, d'une douleur atroce dans le ventre. Appelé près d'elle, une heure après, M. Foucart la trouva en proie à un frisson violent. Le moindre mouvement, le moindre poids sur l'abdomen, étaient insupportables, quoique ce dernier ne fût pas sensiblement plus distendu que les jours précédents. Pouls à 126-130, petit, filiforme; respiration courte. Peau sèche, de température normale excepté aux extrémités qui sont froides. Face grippée, anxieuse. L'écoulement lochial s'était supprimé deux ou trois heures avant l'apparition de la douleur. M. Foucart prescrivit immédiatement une boisson aromatique chaude, dont la malade dut prendre une tasse à café chaque quart d'heure. Des flanelles, trempées dans une décoction un peu chaude de racine de guimauve furent appliquées sur le ventre. On enveloppa les extrémités de serviettes chauffées.

A quatre heures, même état; mais les pieds ne sont plus froids. Malgré la chétive constitution de la malade, on lui fit une saignée d'une livre dont le sang offrait, le lendemain, au milieu d'une sérosité un peu trouble, un caillot couvert, par places, d'une couenne grisâtre peu épaisse. Les fomentations émollientes sont remplacées par de larges et minces cataplasmes de farine de graine de lin, couvrant tout le ventre, et devant être renouvelés toutes les quatre heures, avec des précautions extrêmes contre toute chance de refroidissement. On fait enfin coudre aux draps et aux couvertures deux rubans de fil qui sont noués derrière le cou de la femme. (Immobilité, silence, boissons chaudes.)

Le soir, vers neuf heures, la peau commence à devenir un peu moite. (Sirop de morphine, 20 grammes, à prendre pur en une seule fois.)

Le 24 novembre. — Il n'y a pas eu de sommeil pendant la nuit. Pouls aussi fréquent que la veille; douleur abdominale aussi intense, peut-être un peu moins lancinante. Cependant, chose curieuse, tandis que le poids des couvertures ne pouvait être supporté, les cataplasmes ont été parfaitement tolérés. L'écoulement lochial n'a pas reparu. Soif vive; céphalalgie; moiteur générale de la peau; visage moins altéré. (Sinapismes aux jambes pendant une demi-heure, matin et soir. Boissons chaudes; cataplasmes.)

Le soir, la malade est littéralement dans un bain de sueur. Douleur moins intense; cataplasmes mieux supportés, quoique le plus léger contact de la main arrache toujours des cris (Mêmes. prescriptions. Sirop de morphine, 30 grammes en deux fois.)

Le 25. Amélioration sensible; douleur moins forte. Pas de selles depuis trois jours; il n'y a cependant pas de ballonnement du ventre. Pouls à 104; peau toujours sudorale; visage plus calme, respiration plus profonde. Un peu de sommeil traversé par des rêvasseries. L'écoulement lochial n'a pas encore reparu.

A partir de ce moment, tous les phénomènes morbides ont diminué d'intensité.

Le 27, la douleur avait entièrement disparu; le pouls était à 84. Sueur constante. On avait expressément défendu de changer la malade de lit et de renouveler son linge, de peur de la refroidir. On se contentait, matin et soir, de placer sur son ventre et sur sa poitrine des serviettes chaudes pour l'essuyer.

Le 28, l'écoulement lochial reparut un peu.

Le 29, la malade entrait en convalescence.

L'auteur de cette observation fait observer qu'il n'a pas employé les purgatifs, parce qu'ils excitent les mouvements de l'intestin, quand il faudrait les maintenir en repos dans leur séreuse enflammée, parce qu'ils déterminent des douleurs très-vives et parce qu'enfin ils exposent les malades au refroidissement lorsqu'il faut les déranger pour les évacuations. Il n'y avait d'ailleurs, dans le cas actuel, aucun symptôme qui parût les indiquer.

---

9. *Accouchement laborieux ; — rétrécissement considérable des détroits supérieurs, inférieurs et de l'excavation du bassin ; — angustie remarquable de la vulve et de la cavité vaginale ; — crâniotomie ;* par M. L. Celerier, D.-M. à Moulon, près Brannes.

(Journal des Connaissances médico-chirurgicales, mai 1849.)

Le 23 décembre 1848, je fus appelé auprès de Mme S....., âgée de trente-deux ans, en travail d'enfant pour la première fois, plus pour lui pratiquer une saignée, qu'elle réclamait à hauts cris, que pour l'assister dans son accouchement. Elle avait éprouvé des douleurs assez fortes, dans la nuit du 22 au 23, qui avaient cessé presque complétement lorsque j'arrivai auprès d'elle. La malade se plaignait alors d'une céphalalgie très-intense ; le pouls était plein et fréquent, la face rouge et les yeux injectés. Je crus pouvoir me rendre sans inconvénient à ses désirs : je pratiquai une saignée.

Je quittai la malade, qui était assez éloignée de chez moi, en lui disant, que si elle désirait que je pratiquasse l'accouchement, de venir me chercher lorsque les douleurs se réveilleraient avec plus de forces. Il était alors quatre heures du soir.

Je ne fus appelé auprès de Mme S. que le lendemain. Voici ce qui s'était passé depuis la veille :

Sous l'influence de la saignée, les douleurs devinrent plus fréquentes et plus fortes ; une heure après, la poche des eaux s'était rompue, et dès ce moment jusqu'à mon arrivée, les contractions utérines avaient été croissantes. Il y avait près de vingt-quatre heures que les eaux s'étaient écoulées. Voici dans quel état je trouvai la malade : face rouge, animée ; yeux égarés, langue sèche, peau brûlante, pouls à 160 pulsations, convulsions partielles du côté droit du corps. Mme S. était inquiète, agitée, et répétant sans cesse qu'*elle allait mourir*. Immédiatement je pratiquai le toucher, qui me donna des résultats bien curieux.

Mon doigt put à peine être introduit dans la cavité vaginale, qui était d'une étroitesse extraordinaire. A peu de distance de l'orifice vulvaire, mon doigt rencontre une resistance : je reconnus que c'était le sacrum qui, au lieu d'être concave, présentait une convexité très-prononcée. L'angle sacro-vertébral faisait saillie en avant du détroit supérieur, et je parvins à atteindre, avec assez de difficultés, le fœtus, qui se présentait par son extrémité céphalique. Je ne pus reconnaître par le toucher quelle était la position de la tête, à cause d'une énorme tumeur sanguine, résultat des contractions du col, sur la partie de

la tête, qui était libre. L'auscultation seule me permit de constater sa position occipito-iliaque gauche. Le col de la matrice présentait une dilatation assez considérable, mais qui n'était pas en rapport avec le temps et la durée des douleurs. Les battements du cœur de l'enfant étaient réguliers et forts.

Ces résultats connus, je cherchai à m'assurer quelles pouvaient être les dimensions, soit des détroits, soit de l'excavation du bassin.

Mon doigt me servant de pelvimètre, voici les données que j'obtins :

Diamètres :

Sacro-pubien.	7 centim.	Réductions faites de l'épaisseur de la symphise du pubis.
Coccy-pubien.	7 —	
Antéro-postérieur de l'excavation.. .	9 —	

Je ne poussai pas plus loin mes investigations pelvimétriques; j'en connaissais assez pour me faire croire à un accouchement laborieux.

J'avertis la famille des résultats qui pouvaient avoir lieu par suite de cette fâcheuse conformation.

Comme les douleurs allaient toujours croissant, que l'enfant paraissait ne pas souffrir, et me rappelant les faits curieux relatés dans les ouvrages d'obstétriques pour des rétrécissements encore plus grands, je me décidai à attendre, lorsque, presque subitement, tout commence à prendre un caractère alarmant. La femme, désespérée, fiévreuse, agitée, le vagin chaud, sec, fut en proie à des accès d'éclampsie des plus formidables. Il n'y avait plus de temps à perdre, il fallait agir. Je voulus appliquer le forceps; mais ce que je craignais tout d'abord devint alors une réalité. L'étroitesse de la vulve et de la cavité vaginale, qui ne me permettait pas d'introduire deux doigts qu'avec la plus grande peine, se refusa à laisser passer l'instrument. Je persistai néanmoins, et par une dilatation continue et graduée je pus parvenir à introdnire une partie de la main, en déterminant toutefois des douleurs atroces à la malade.

J'essayai d'introduire une des branches du forceps; inutile, je fus forcé d'y renoncer.

Que devais-je faire en pareille circonstance? Une femme épuisée par des douleurs, des convulsions horribles; l'enfant voué à une mort certaine, de quelque manière que se terminât l'accouchement; une viciation si grande du bassin, un rétrécissement si rare de la vulve et du vagin?

Seul, éloigné de tout confrère (dont je n'aurais pu attendre l'arrivée sans compromettre la vie de cette femme), je me dé-

cidai à pratiquer la crâniotomie ; et, ici, les manœuvres que j'ai faites pour terminer l'accouchement rendent cette observation intéressante.

Après avoir ponctionné la tumeur sanguine qui faisait saillie à l'orifice du col, je pus reconnaître la fontanelle antérieure que j'incisai largement, et je broyai la pulpe cérébrale; mais, au préalable, craignant, selon toute probabilité, une fois que la tête aurait été vidée, de ne pouvoir terminer l'accouchement avec le forceps, voici ce que je fis : après avoir fixé, en faisant exercer une pression sur l'abdomen, la tête au détroit supérieur, j'introduisis, non sans beaucoup de peine, le bout de la branche du forceps, qui est armé d'un dard, dans la cavité vaginale, et, après avoir reconnu une des bosses pariétales, je perforai le crâne en exécutant des mouvements de rotation ; je fis un trou comme avec un emporte-pièce, avec l'arrière-pensée d'y introduire un des crochets-mousses du forceps pour terminer l'accouchement. La céphalotomie pratiquée, j'attendis l'effet des douleurs : chaque fois la matière cérébrale sortait, le col de la matrice se dilatait de plus en plus ; mais la tête n'avançait pas. J'introduisis alors le crochet-mousse avec des difficultés incroyables. La tête saisie, avec des tractions modérées, faites dans la direction des axes du bassin, je parvins à extraire l'enfant. Peu après la délivrance, les accidents éclamptiques se calmèrent, et aujourd'hui la femme est complétement rétablie, sans avoir éprouvé aucun accident consécutif qui ait pu donner de l'inquiétude.

Cette observation me paraît remarquable sous plusieurs rapports :

1° Dans la famille de la malade, il semble qu'il y ait hérédité dans les vices de conformation du bassin. La mère a eu plusieurs enfants; deux filles sont mortes à la suite d'accouchements laborieux, qui avaient nécessité de sacrifier l'enfant pour avoir des chances de sauver la mère. La mère de la malade avait elle-même, à ce que lui ont dit les médecins qui l'avaient assistée dans ses accouchements, une étroitesse du bassin; aussi n'avait-elle pu mettre un enfant au monde qu'au moyen du forceps; toutefois, à voir ces personnes, on ne se douterait jamais qu'elle puissent offrir une conformation vicieuse; cependant la femme qui fait le sujet de cette observation porte le corps un peu en avant et la tête en arrière; elle est, comme on dit vulgairement, *éreintée*.

2° Les vices de conformation du bassin ne sont malheureusement pas rares ; mais ici l'étroitesse considérable des diamètres du bassin coïncidait avec une angustie des organes génitaux ; le

sacrum était complétement déformé. Il est rare de rencontrer en même temps toutes ces difficultés. Quel conseil faut-il donner alors pour terminer heureusement un accouchemunt de cette nature ? J'eus l'idée de pratiquer une version, comme le conseille en pareil cas le docteur Simpson, d'Édimbourg (1) ; mais tout s'y opposait : aussi je ne m'arrêtai pas longtemps à cette idée. Le moyen que j'ai pris est, je crois, le seul que l'on puisse employer en pareilles circonstances. Au moyen d'un crochet-mousse introduit dans un trou pratiqué sur un point résistant de la tête, on pourra toujours terminer l'accouchement. On pourrait cependant, si on était arrivé auprès d'une femme en travail qui présenterait ces dispositions avant la rupture de la poche des eaux, on pourrait, dis-je, essayer la version pelvienne pour présenter aux diamètres, les plus larges du bassin, les plus petits diamètres de la tête de l'enfant ; il pourrait arriver de terminer heureusement un accouchement qui aurait pu compromettre deux existences, celle de la mère et celle de l'enfant. Je crois néanmoins qu'une femme, conformée comme celle qui fait le sujet de cette observation, mettra difficilement au monde un enfant vivant.

Note de la rédaction — Si ce n'est par l'accouchement prématuré artificiel, ou l'opération césarienne.

10. *Note sur un cas d'asphyxie intra-utérine d'un enfant à terme, causée par deux nœuds du cordon ombilical ;* par M. Philippe Passot, D.-M. accoucheur au Dispensaire général de Lyon.

(Revue médico-chirurgicale, juin 1849.)

Le premier exemple connu du nœud du cordon remonte à 1605 ou 1606. Il est consigné dans la première édition des *Observations* de Louise Bourgeois.

« J'accouchai, il y a trois ou quatre ans, dit-elle, une honnête femme, laquelle, auparavant que d'accoucher, avait eu des coliques étranges et avait trouvé son enfant fort faible deux jours avant que d'accoucher : ce que étant, le nombril se trouva noué au droict nœud tenant à l'enfant et à l'arrière-faix, et le nœud tout aplati et serré, et l'enfant fort pers (violet.) »

Depuis Louise Bourgeois, la plupart des auteurs d'obstétrique ont parlé des nœuds du cordon ombilical. Voici ce qu'en dit Mauriceau : « Il y a des enfants qui ont le cordon si extraordinairement long, que j'ai vu celui d'une demoiselle, que j'accouchai le 2 avril 1675, venir au monde ayant le cordon de l'ombilic noué d'un véritable nœud qui ne s'était pu faire que par

(1) *Union médicale*, 16 décembre 1848.

la grande longueur de son cordon qui avait plus d'une aune et un quart, et dont il s'était fait un cercle en flottant au milieu des eaux, dans lequel cercle il fallait nécessairement que tout le corps de l'enfant eût pas é, en se trouvant au ventre de sa mère. . . . . J'ai encore trouvé, ajoute Mauriceau, un semblable nœud au cordon de sept différentes femmes que j'ai accouchées depuis ce temps là, lequel nœud n'avait pareillement pu s'y faire que par la même cause de l'extraordinaire longueur que tous les cordons de ces enfants avaient. » (Tome I, p. 228.)

Les huit enfants, cinq garçons et trois filles, étaient vivants.

Dans son ouvrage traduit en français par Préville, Smellie (William), l'accoucheur du dernier siècle qui dispute le premier rang à Levret, parle des nœuds simples du cordon. Plusieurs des enfants sur lesquels il a observé ces nœuds étaient morts. A la vérité, il n'attribue pas toujours la mort à cette cause. Puzos et Levret n'en citent pas d'exemples ; mais ils en font mention à l'article des causes qui peuvent faire périr le fœtus.

J.-L. Baudelocque n'admet pas comme ses devanciers que le nœud du cordon puisse se serrer au point d'interrompre le cours du sang de la mère à l'enfant. Il a toujours trouvé développés et aussi vigoureux que de coutume, les enfants dont le cordon présentait un ou plusieurs nœuds. Il a rencontré un condon ayant un triple nœud sur le même point. Ce triple nœud est gravé dans son ouvrage ; il était serré, et cependant l'enfant se portait très-bien. Il pesait au moins sept livres.

M. Baudelocque, neveu, possède aujourd'hui ce nœud qui a été conservé dans l'alcool, et, après l'avoir examiné bien attentivement, il a peine à concevoir, dit-il, qu'un autre nœud puisse compromettre la vie du fœtus. Il rapporte dans la *Revue médicale* (septembre 1842) trois observations de nœuds du cordon, qu'il a été à même de recueillir. Deux de ces nœuds étaient doubles, et avaient laissé sur le cordon, dans le point où ils se trouvaient, une dépression profonde, un véritable sillon. L'autre était simple et peu serré, les trois enfants naquirent vivants.

MM. les docteurs Barrier et Fonteret m'ont dit, tous les deux, avoir vu un cas où cette disposition du cordon n'avait point compromis la vie de l'enfant.

Il est donc certain, d'après les faits, que les nœuds, soit simples, soit doubles, soit multiples du cordon, n'entraînent pas la mort du fœtus ; mais il est certain aussi qu'ils n'ont pas toujours l'innocuité que leur accorde Baudelocque, et que, sous ce rapport, l'opinion du célèbre accoucheur était trop absolue.

Voici une observation d'asphyxie intra-utérine d'un enfant à

terme, causée sans nul doute par deux nœuds séparés du cordon ombilical.

Le 20 mars dernier, je fus appelé auprès de madame Belon, rue de l'Hôpital, 27, pour l'assister pendant son travail. Quand j'arrivai auprès d'elle, elle me dit que, depuis quarante-huit heures, elle avait senti les mouvements de son enfant se ralentir de plus en plus, au point que depuis vingt-quatre heures il ne bougeait plus du tout, et cependant, ajouta-t-elle, elle n'avait commis aucune imprudence. En appliquant une oreille sur les parois du ventre, et en les déprimant, il me fut impossible d'entendre les bruits du cœur de l'enfant. La dilatation marcha vite, l'enfant se présenta par le sommet, en première position, et comme madame Belon en était à son troisième accouchement, la tête franchit facilement l'anneau vulvaire qui n'offrait qu'une faible résistance. Les prévisions de la pauvre mère n'étaient que trop fondées. En effet, son enfant était né mort, et je m'aperçus bientôt de l'inutilité de mes efforts pour le ranimer. Son volume était ordinaire, ses chairs déjà flétries, et ses membres dans un état complet de résolution. Au bout de quelques minutes, la délivrance se fit spontanément. Alors je vis sur le cordon, qui était d'une longueur considérable (1 mètre 10 centimètres), deux nœuds simples, situés à peu près, l'un à son tiers supérieur, l'autre à son tiers inférieur. Ces deux nœuds étaient tellement serrés qu'il était visible, *à priori*, qu'ils avaient dû interrompre la circulation placento-fœtale.

J'ai cherché à faire passer une injection fine dans la longueur de la veine ombilicale, mais l'injection s'est arrêtée au niveau des nœuds et n'a pu les franchir. En les défaisant, on remarquait à leur place un sillon contourné, profond, aux limites duquel le cordon reprenait son volume ; ils étaient sans adhérence.

Il résulte donc de ce fait exceptionnel, que les nœuds du cordon ombilical, contrairement à l'opinion de Baudelocque, peuvent se serrer avant le travail de l'enfantement, au point d'amener la mort du fœtus.

Quelle est la cause de ces nœuds du cordon ? L'abondance des eaux de l'amnios et la longueur extrême du cordon sont les conditions qui se sont le plus souvent rencontrées dans cette complication ; les mouvements que le fœtus exécute dans la matrice, favorisés par ces circonstances, paraissent être la cause de cet entrelacement. Toutefois, on ne comprend guère, dit Baudelocque, comment le cordon peut se nouer jusqu'à trois fois, dans le même point, de manière à former une espèce de natte. On ne conçoit guère plus la formation d'un double nœud, et la situa-

tion de celui que M. Baudelocque, neveu, a observé à 9 centimètres de l'ombilic, doit porter à croire qu'une pareille disposition du cordon dépend d'une conformation première et non accidentelle.

J'ai dit que le cordon qui faisait le sujet de cette note, et que j'ai montré au Comité médical du Dispensaire, avait 1 mètre 10 centimètres (non compris les deux nœuds). Mais les auteurs en ont signalé de beaucoup plus longs encore. Baudelocque, sur le rapport de Lhéritier, parle d'un cordon d'une longueur de 58 pouces (1 mètre 61 centim.), qui faisait sept tours sur le cou du fœtus. Schneider en a rencontré un de 3 mètres et demi qui embarrassait le cou de six circulaires. Le mien ne formait qu'une seule circulaire. Par contre, Meissner a vu un cordon qui n'avait que 5 pouces (14 centim.), et Malgouyre, un autre qui n'avait que 2 pouces et demi (7 centim.)

Aucun signe ne nous révèle l'existence des nœuds du cordon, et s'ils pouvaient être reconnus, l'art ne possède point de moyens pour détruire cette complication.

MALADIES DES FEMMES. — 11. *Note sur un cas de tumeur interstitielle de l'utérus, extirpée par un nouveau procédé* (lue à l'Académie le 17 avril 1849) ; par M. MAISONNEUVE, chirurgien de l'hôpital Cochin.

(Gazette médicale de Paris, N° 23, 1849.)

Il y a peu d'années encore que les tumeurs intestitielles du corps de l'utérus étaient considérées comme absolument au-dessus des ressources de l'art. Tout ce que la chirurgie avait osé entreprendre s'était borné à l'énucléation de tumeurs peu volumineuses du col de cet organe.

En 1842, M. Amussat et M. Récamier ouvrirent une voie nouvelle, et osèrent entreprendre l'extirpation de tumeurs fibreuses interstitielles developpées dans les parois du corps de la matrice. Deux succès remarquables couronnèrent cette tentative hardie ; mais le procédé ingénieux de M. Amussat ne pouvait s'appliquer qu'à des tumeurs d'un volume médiocre et d'une forme assez régulièrement globuleuse ; les tumeurs d'un volume considérable et de forme ovoïde ou irrégulière restaient toujours au-dessus des ressources de l'art.

Je crois avoir comblé cette lacune par l'emploi d'un nouveau mode opératoire qui m'a permis d'extirper facilement et promptement une tumeur beaucoup plus volumineuse que celles dont on avait jusqu'à présent osé tenter l'extirpation. Voici le fait.

OBS. — Une dame de 37 ans éprouvait depuis quatre années

des pertes abondantes (qui se renouvelaient à chaque époque menstruelle, puis plusieurs fois dans cet intervalle), et qui l'avaient réduite à un état d'anémie complète, quand elle vint demander mes conseils et ceux de M. Récamier. Nous constatâmes un développement considérable de l'utérus qui faisait saillie au-dessus du pubis, comme dans une grossesse de cinq mois. Cet organe était régulièrement globuleux, mobile, un peu incliné en arrière, Le col placé très-haut était caché derrière la symphyse du pubis. Ses lèvres à peine entr'ouvertes ne permettaient pas l'introduction de la phalangette de l'index. Une sonde introduite dans l'orifice pénétra à près de 12 centimètres de profondeur, et fit reconnaître : 1° que la cavité intérieure avait à peine 2 centimètres et demi de large; 2° que la paroi antérieure avait à peu près son épaisseur normale; 3° que la paroi postérieure au contraire avait une épaisseur énorme.

Nous diagnostiquâmes l'existence d'une tumeur fibreuse développée dans l'épaisseur de la paroi postérieure de l'utérus.

En présence d'une pareille affection, que pouvait-on faire? ou bien abandonner la malade à elle-même, pour qu'elle mourût d'épuisement avant quelques mois, ou bien tenter une opération. C'est à ce dernier parti que nous nous arrêtâmes.

Elle eut lieu le 6 mars, en présence de M. le docteur Ammeuille, médecin ordinaire de la malade, de MM. les docteurs Massé, Vuiton et Lepelletier, interne de mon service à l'hôpital Cochin.

Opération. — La malade est couchée en travers sur un lit élevé, la tête soutenue par deux oreillers, les cuisses fléchies et écartées comme pour l'opération de la taille sous-pubienne sont maintenues dans cette position par deux aides.

On procède immédiatement à l'inhalation du chloroforme, puis aussitôt que la malade est parvenue à l'insensibilité complète, l'opération commence.

Sur l'index gauche préalablement introduit dans le vagin je conduis un lithotôme double que je fais pénétrer jusqu'au fond de la cavité utérine, tournant alors sa concavité en arrière vers la tumeur, j'en ouvre les lames, et en le retirant j'incise largement le col utérin.

Aussitôt l'index et le médius droit sont portés dans le col ainsi entr'ouvert, et déchirent par des pressions latérales les angles de l'incision pour l'agrandir et empêcher l'hémorrhagie.

Puis ces deux doigts, portés plus profondément dans la cavité utérine qu'ils remplissent, me servent à déchirer de l'un et de l'autre côté la lame du tissu utérin qui recouvre la tumeur en

avant, et que les lames du lithotôme avaient déjà entamée littéralement, surtout en bas.

Dès lors mes deux doigts en contact immédiat avec la tumeur cherchent, par des mouvements rapides, à la contourner et à l'isoler ainsi de la paroi utérine qui l'enkyste. Ce résultat est obtenu promptement pour le quart inférieur de la tumeur, c'est-à-dire pour toute la portion accessible à mes doigts.

Alors seulement commença la partie vraiment difficile et laborieuse.

Malgré l'incision latérale du col utérin, malgré l'agrandissement de cette incision au moyen de la déchirure, l'orifice avait à peine 4 centimètres, je l'augmentai de 1 centimètre encore en incisant avec un bistouri la lèvre postérieure. C'est à travers cette ouverture étroite que je dus mener à fin toute l'opération.

Sur mes deux doigts index et médius gauche, je glissai jusque sur la tumeur une forte pince de Museux, puis une seconde, puis une troisième, et par des tractions énergiques, je cherchai à baisser la tumeur, ou au moins l'utérus en totalité. Je n'obtins rien de cette manœuvre : la tumeur était trop volumineuse pour céder et s'abaisser même d'un centimètre. Je cherchai aussi, mais vainement, à la faire tourner sur elle-même en la saisissant sur le point le plus élevé ; plusieurs minutes et de grands efforts furent dépensés en pure perte dans cette tentative. Je changeai alors mon plan de conduite, et au lieu d'abaisser la tumeur en masse ou de chercher à lui imprimer un mouvement de rotation sur son axe, je me déterminai à la diviser.

Pour cela, je ne laissai qu'une pince de Museux pour maintenir le côté droit de la tumeur, puis conduisant sur mon doigt index gauche une longue paire de ciseaux légèrement courbés sur le plat, j'incisai sur la ligne médiane toute la portion de tumeur que j'avais énuclée, de manière à la diviser en deux moitiés égales, l'une droite et l'autre gauche La portion droite sur laquelle était fixée la pince de Museux put alors, en s'engageant dans l'orifice, s'abaisser de quelques lignes et devenir accessible d'autant à mon index gauche, qui continuait l'énucléation, tandis que mes ciseaux prolongeaient la division verticale. A mesure que s'augmentaient les divisions, la moitié droite de la tumeur s'abaissait et mon doigt index l'énucléait. J'arrivai ainsi par la combinaison de ces trois manœuvres, incision, abaissement, énucléation, qui se facilitaient mutuellement, j'arrivai, dis-je, au quart supérieur de la tumeur ; mais à ce point, l'abaissement ne se fit plus qu'avec une extrême difficulté. Il fallait tourner ce nouvel obstacle.

Je résolus alors de dédoubler dans son épaisseur la portion droite que j'étais en train d'extraire, et mes ciseaux, guidés toujours par mon index gauche, attaquèrent cette moitié droite de la tumeur d'arrière en avant et de bas en haut, en commençant environ vers la moitié de sa hauteur. Cette manœuvre, en amincissant la partie sur laquelle j'agissais, facilita son abaissement, et je pus continuer à l'énucléer, puis à l'inciser verticalement jusqu'à sa partie supérieure.

Une fois l'énucléation et le dédoublement de cette moitié droite de la tumeur terminés, il me devint facile de l'extraire.

Restait encore la moitié gauche ; mais j'agissais dans une cavité devenue large par l'extraction de la première partie. Aussi la manœuvre fut-elle bien plus rapide. Je saisis avec des pinces de Museux l'extrémité inférieure déjà énucléée ; elle s'engagea facilement dans le col. Mes deux doigts index et médius droits exécutèrent promptement l'énucléation dans les trois quarts inférieurs ; puis l'utérus put être renversé de manière à présenter la face interne au dehors de la vulve, ce qui me permit de terminer la dissection sans difficulté comme sans encombre, et de m'assurer qu'il n'était rien resté de la tumeur. Je pus aussi reconnaître qu'il n'y avait eu pendant l'opération aucune déchirure des parois de l'organe, et même que ces parois ne contenaient aucun autre parasite.

Après ces divers examens, je replaçai la matrice dans ses conditions normales. L'opération avait duré quarante-cinq minutes, dont quarante environ pour l'extraction de la première partie, et cinq seulement pour l'extraction de la seconde.

La malade n'avait pas un instant cessé d'être soumise à l'influence du chloroforme. Après l'opération, je dus m'occuper activement de ramener la circulation et la sensibilité. Les fenêtres de l'appartement furent ouvertes ; une flagellation vigoureuse fut pratiquée sur tous les membres, en même temps que de l'eau froide était projetée sur le visage et du vinaigre présenté aux mains et repandu sur les tempes.

Sous l'influence de ces moyens, la circulation, presque éteinte, se ranima, et bientôt je dus m'occuper d'un autre ordre d'accidents, de l'hémorrhagie. Peu de sang avait été perdu pendant l'opération ; il s'en écoulait davantage depuis qu'elle était terminée. Dans toute autre circonstance, j'en aurais peu tenu compte ; mais depuis longtemps la malade était épuisée, anémique : il importait de ménager ses forces. Je plaçai dans le fond du vagin un gros morceau de glace. J'appliquai sur le bas-ventre un cata-

plasme, formé de morceaux de glace, entre deux linges, et je donnai des boissons froides, de l'eau glacée.

Deux heures se passèrent ainsi. Quand je revins, il n'y avait plus d'hémorrhagie ; mais la malade était complétement transie de froid. J'enlevai le cataplasme de glace. Je fis placer une bouteille d'eau chaude entre les deux seins, deux autres entre les épaules, une quatrième sur la région lombaire. La chaleur ne tarda pas à revenir, et il s'établit une réaction douce et un sommeil calme qui se prolongea trois heures.

Depuis lors les choses se comportèrent comme après une simple couche. Les règles ont reparu, régulières et normales, le trente et unième jour, et aujourd'hui 16 avril, six semaines après l'opération, la malade est entièrement rétablie.

La tumeur extraite était un corps fibreux :

Pesant.	625 grammes.
Long de.	0,14 centimètres.
Large de.	0,11 —
Épais de.	0,09 —

Sa forme était à peu près exactement ovoïde.

Sa grosse extrémité était tournée en haut.

Sa face antérieure régulièrement convexe ; la postérieure un peu aplatie.

Il avait été, dans l'opération, divisé en deux parties verticalement égales ; l'une droite, l'autre gauche. La première pesait 326 grammes, la seconde 300 grammes.

Sa texture était celle des corps fibreux de médiocre densité ; on y voyait quelques lacunes, quelques cavités irrégulières.

---

11. *Mémoire sur les douches froides, locales et générales, internes et externes, appliquées au traitement des engorgements et des déplacements de la matrice, ainsi que des accidents généraux qui accompagnent souvent ces affections* ; présenté à l'Académie des sciences le 12 mars 1849, par M. le docteur L. Fleury, agrégé à la Faculté de médecine, etc.

(Suite : *voir* t. VI, juin 1849, p. 114.)

(Gazette médicale de Paris, N° 20 ; 1849.)

Plusieurs malades, parmi lesquelles quelques-unes m'ont été adressées par MM. les professeurs Paul Dubois et Marjolin, s'étant présentées à l'établissement hydrothérapique de Bellevue, je les ai soumises à un traitement dont je me propose de faire connaître ici les résultats.

J'ai eu recours exclusivement à des douches froides, générales et partielles, internes et externes, c'est-à-dire à des douches en

pluie ou en nappe, à des douches ascendantes rectales et vaginales, à des bains de siége à eau courante ou dormante, et je n'ai point cru devoir suivre les errements des hydropathes qui accordent la préférence aux boissons à hautes doses, aux sudations forcées, aux compresses excitantes, etc. J'ai montré ailleurs, en effet, que ces modificateurs répondent à des indications spéciales qui ne sont nullement liées aux affections utérines dont il est question dans ce travail.

Engorgement induré ancien et considérable du col ; abaissement de l'utérus ; vaste ulcération superficielle ; dysménorrhée ; névralgie utérine et mammaire.

Obs. I. — Madame D..., demeurant à Paris, rue d'Isly, n° 9, est âgée de 34 ans, d'une constitution robuste, d'un tempérament sanguin très-prononcé ; la menstruation s'est établie à l'âge de 13 ans et demi, mais fort difficilement ; pendant un an elle fut irrégulière, douloureuse et donna lieu à des métrorrhagies très-abondantes plutôt qu'à un flux menstruel physiologique. Au bout de cet espace de temps survinrent des symptômes de chlorose qui ne firent que s'aggraver pendant trois années et qui, après avoir graduellement diminué l'abondance des règles, finirent par amener une aménorrhée complète. Les menstrues furent supprimées pendant sept mois. La malade fut envoyée aux eaux de Plombières et n'y trouva aucun soulagement ; à son retour elle reçut les soins de M. Trousseau, qui prescrivit le fer à hautes doses. Sous l'influence de ce médicament, les symptômes chlorotiques s'amendèrent et le flux menstruel se rétablit ; mais depuis cette époque il a toujours été accompagné de douleurs très-vives se faisant sentir pendant les trois premiers jours de l'écoulement.

A l'âge de 21 ans, la malade se maria et devint grosse immédiatement ; la grossesse fut très-pénible ; pendant les trois premiers mois, il y eut une incontinence d'urine qui résista à tous les moyens employés pour la combattre, et pendant toute la durée de la gestation, madame D... éprouva des douleurs vives et presque continuelles dans la région hypogastrique.

L'accouchement eut lieu le 18 septembre 1835 par les mains de M. Lebreton ; il fut long et pénible, le travail ayant duré soixante-treize heures ; il ne fut suivi cependant d'aucun accident, et madame D... se leva le dixième jour pour reprendre sa vie habituelle. Pendant l'hiver elle alla beaucoup dans le monde et au bal.

Peu de temps après l'accouchement, se manifestèrent des accidents qui, d'abord légers, allèrent en augmentant pendant l'es-

pace de douze années sans avoir été combattus par aucun traitement; ils finirent par amener un état morbide grave, caractérisé par les phénomènes suivants : douleurs hypogastriques fréquentes ; tiraillement dans les aines et dans les cuisses ; pendant la marche et surtout en s'asseyant, sensation, au périnée, d'un corps étranger volumineux et pesant; la marche est difficile, pénible ; elle provoque des douleurs très-vives et une lassitude insupportable qui se fait particulièrement sentir dans les jambes ; impossibilité presque complète de supporter le cahot de la voiture la mieux suspendue; la menstruation est irrégulière, trop abondante et très-douloureuse; madame D... est obligée de garder le lit pendant les trois ou quatre premiers jours de l'écoulement cataménial, qu'elle craint sans cesse de voir se transformer en perte utérine. Les fonctions digestives n'ont éprouvé aucun dérangement; mais la respiration et la circulation présentent au contraire des troubles nerveux qui ont fait croire à une altération organique du cœur. La malade a souvent des accès de dyspnée, des quintes de toux très-fatigantes, des palpitations, des migraines, des lassitudes spontanées, etc. En 1837, les règles se sont brusquement supprimées et n'ont reparu qu'au bout de huit mois.

M. le professeur Cruveilhier fut consulté en 1847 ; il constata un engorgement et une ulcération du col utérin ; il prescrivit un repos absolu, et il pratiqua, à différents intervalles, neuf cautérisations avec le nitrate d'argent; ce traitement ne fut suivi d'aucun soulagement.

En janvier 1848, je fus appelé à donner des soins à madame D.

État actuel : — Depuis six mois, la malade n'a guère quitté le lit, et toutes les fois qu'elle l'a abandonné pour quelques heures, elle a éprouvé à un haut degré les accidents ci-dessus mentionnés. Aux approches et pendant la durée des règles, des douleurs intermittentes, lancinantes, extrêmement vives, se font sentir dans l'utérus et dans les seins; en dehors de l'époque menstruelle, elles sont parfois provoquées par la fatigue, une émotion morale vive, les variations atmosphériques, et présentent tous les caractères des douleurs névralgiques ; elles sont devenues, en raison de leur fréquence, de leur acuité, l'une des principales préoccupations de la malade. Les règles sont toujours trop abondantes et accompagnées de douleurs très-vives. A chaque époque menstruelle, madame, D... est fortement émotionnée par la crainte d'une perte utérine. Les accès de dyspnée, de toux nerveuse, de palpitations, se montrent à des intervalles assez rapprochés ; le sang se porte souvent avec violence vers la tête, et ces conges-

tions sont accompagnées d'une céphalalgie intense. L'examen de la poitrine, l'auscultation des vaisseaux du cou ne fournirent que des signes négatifs. L'embonpoint est assez considérable; mais les digestions ont subi néanmoins depuis quelques mois un dérangement notable; madame D... ne digère la viande que difficilement, et son régime est à peu près exclusivement lacté et végétal. Les digestions sont laborieuses; le ventre est dur, très-météorisé; la langue est naturelle, l'épigastre non douloureux. Il existe une constipation habituelle et opiniâtre.

Le toucher, pratiqué la malade étant debout, fournit les signes suivants : l'utérus est légèrement abaissé, sans avoir subi aucun autre déplacement; le col est très-volumineux, très-dur, mais lisse et sans bosselures; le corps de l'utérus ne présente aucune altération appréciable; l'orifice utérin, largement étendu transversalement, est assez béant pour permettre d'y introduire l'extrémité du doigt indicateur.

La vue confirme ces données. Le spéculum à quatre valves, ouvert à son maximum, ne peut embrasser le col dans toute son étendue; l'engorgement est général, uniforme, et porte également sur les deux lèvres. Mesuré avec soin, le col utérin présente en tous sens 4 centimètres de diamètre; toute sa surface est couverte par une ulcération superficielle, non granulée, saignant légèrement au contact du plumasseau de charpie.

En présence d'un pareil état de choses, je pensai : 1° qu'il était inutile de diriger actuellement aucun traitement contre l'ulcération considérée en elle-même, et par conséquent de continuer les cautérisations superficielles avec le nitrate d'argent; 2° que le repos absolu ne pouvait exercer d'autre action que celle de congestionner l'utérus et d'augmenter encore l'engorgement; 3° que la bonne thérapeutique, comme le dit avec raison M. Bastien, serait ici celle qui attaquerait l'ulcération et l'engorgement sans négliger l'un ou l'autre.

Mais à quelle médication avoir recours? « Tout le monde connaît, ai-je dit ailleurs, les difficultés que présente le traitement des ulcérations accompagnées d'un engorgement primitif. En effet, l'ulcération entretient l'engorgement, et le rend rebelle aux médications que l'on dirige contre lui; d'un autre côté, l'engorgement s'oppose à la cicatrisation de l'ulcère et contre-indique la cautérisation superficielle. Or le fer rouge permet de sortir de ce cercle vicieux; car il guérit en même temps et l'engorgement et l'ulcération. » Espérant obtenir de la cautérisation actuelle, pour madame D..., les bons effets que je lui avais vu produire

dans des cas analogues, je me décidai pour cette médication, qui fut acceptée sans hésitation par la malade.

Le 21 janvier 1848, je pratiquai sur l'une et l'autre lèvre du col une eschare profonde, arrondie, ayant 15 millimètres de diamètre. Aucune douleur ne fut ressentie ; les choses se passèrent comme de coutume, et le quatrième jour je conseillai à madame D... de se lever, de sortir, de vaquer à ses occupations, en un mot de rentrer dans les usages habituels de sa vie, en évitant toutefois la fatigue, la station debout ou assise longtemps prolongée, les longues courses en voiture, etc.

Le 18 février. Pendant le mois qui vient de s'écouler, madame D... a souffert moins qu'elle ne s'y attendait, et elle s'est convaincue que le séjour au lit ne lui était ni indispensable ni même utile. Les eschares se sont détachées le cinquième jour ; l'état local ne s'est point modifié. Une nouvelle cautérisation est pratiquée avec le fer rouge.

Le 17 mars. Une amélioration notable s'est manifestée dans l'état général de la malade ; l'appétit est plus vif, les digestions sont meilleures, et madame D... a pu reprendre, sans en souffrir, un régime plus substantiel et plus animalisé. Les accès de toux, de dyspnée, de palpitations, sont moins fréquents, plus courts et moins intenses. L'époque menstruelle a été beaucoup moins pénible que de coutume ; les douleurs névralgiques de l'utérus et des seins ont diminué. Le volume du col utérin n'a pas changé, et l'ulcération présente toujours le même aspect et la même étendue. Troisième cautérisation avec le fer rouge, qui est promené sur toute la surface du col. Une eschare plus profonde est établie sur chacune des lèvres du col.

Le 1er avril. La santé de madame D... est beaucoup plus satisfaisante ; les accidents généraux se sont encore amendés, mais il existe toujours, surtout après la marche, l'usage de la voiture, etc., de la pesanteur, des douleurs dans les lombes, l'hypogastre, les aines, les cuisses ; la constipation persiste, et tous ces accidents s'expliquent par l'engorgement du col utérin, dont le volume n'a pas diminué d'une manière sensible. L'ulcération n'a également subi aucune modification. L'écoulement menstruel présente toujours les mêmes caractères.

Trois mois d'un traitement énergique n'avaient donc point modifié l'état du col utérin ; l'engorgement induré, si considérable et si ancien, de cet organe avait résisté à trois cautérisations avec le fer rouge. L'ulcération, liée à un engorgement primitif, était restée stationnaire en raison de la persistance de celle-ci, résultat conforme à ce que l'observation nous a montré

un grand nombre de fois, et à ce qui a été établi par M. Gosselin (1). Quelle conduite fallait-il tenir dans cette circonstance? Recourir encore au fer rouge? Mais son action, impuissante jusqu'à présent, serait-elle plus efficace?

Modifier, activer les phénomènes d'absorption interstitielle de manière à ramener le col utérin à son volume et à sa consistance physiologiques, telle était l'indication, et pour la remplir, je me décidai à essayer les douches froides, me fondant sur les considérations et les précédents que j'ai rappelés plus haut. Madame D... vint s'établir à Bellevue, et commença, le 15 avril, un nouveau traitement, dont il me reste à faire connaître les effets.

Le 15. Madame D... reçoit deux fois par jour, pendant cinq minutes environ, une douche en pluie générale et une douche en jet de 3 centimètres de diamètre, qu'on dirige successivement sur les lombes et l'hypogastre. La réaction est prompte, énergique; la peau est fortement rougie à la suite de chaque opération.

Le 30. Les douches sont prises avec plaisir et suivies d'une sensation de bien-être, de légèreté, qui donne de l'espoir à la malade, découragée par l'inefficacité des traitements qu'elle a déjà subis. Il n'existe pas encore d'amélioration marquée et durable; mais lorsque madame D... éprouve un succroît de pesanteur et de tiraillement dans les aines, ou bien des douleurs névralgiques, les accidents sont immédiatement calmés par la douche, que la malade réclame alors avec instances. Quelques douches ascendantes vaginales ont été prises; mais elles ont provoqué des douleurs utérines et vaginales assez vives, et nous avons renoncé à ce moyen.

Le 25 mai. Des douleurs assez intenses se sont manifestées aux approches et pendant la durée de l'époque menstruelle; elles ont été calmées par la douche. Les règles ont coulé avec abondance pendant huit jours.

Le 30 juin. La malade éprouve une amélioration très-sensible; elle peut, sans ressentir de douleur, marcher, aller en voiture, monter et descendre des escaliers. La constipation a disparu, et le météorisme habituel avec elle. Le ventre est moins gros et la taille plus mince, à tel point que madame D... est obligée de faire refaire ses robes. La malade n'accuse plus qu'une sensation de pesanteur et quelques douleurs légères se faisant sentir par intervalles. L'ulcération ne s'est point modifiée, mais le volume du col a notablement diminué; car il ne présente plus que 3 cen-

(1) Gosselin, *De la valeur symptomatique des ulcérations du col utérin*, in *Archiv. génér. de méd.*, t. II, p. 128, 1843.

timètres et demi de diamètre. Les règles ont été moins abondantes, et non accompagnées de douleurs. Madame D... n'a point été obligée de garder le lit.

Le 30 juillet. L'amélioration a fait de nouveaux progrès. Madame D... marche, court, fait de longues promenades à pied ou en voiture, sans éprouver la plus légère douleur, la moindre pesanteur, la moindre gêne. L'appétit est vif, les digestions sont bonnes, la dyspnée, les quintes de toux, les palpitations, ont disparu. La malade n'a éprouvé pendant son époque menstruelle que quelques douleurs névralgiques mammaires, qui ont été immédiatement enlevées par une douche en pluie dirigée sur les seins. Les règles ne coulent plus avec cette abondance qui inspirait de si vives inquiétudes à madame D... L'ulcération utérine n'a subi aucun changement; mais la consistance, la dureté du col a beaucoup diminué, et le diamètre de cet organe n'est plus que de 3 centimètres.

Le 30 septembre. Madame D... se considère comme parfaitement guérie; car elle n'éprouve plus aucune incommodité, si ce n'est de temps à autre quelques douleurs névralgiques. Le volume du col utérin a encore diminué de quelques millimètres, et dans la pensée que l'on peut maintenant obtenir la cicatrisation de l'ulcération, je pratique une cautérisation avec l'acide azotique.

Le 25 octobre. Madame D... a fait un voyage de quinze jours, pendant lequel elle a fait beaucoup d'exercice et a éprouvé de la fatigue, sans ressentir ni douleurs ni pesanteur. Le diamètre du col n'est plus que de 2 centimètres et demi ; l'ulcération est complétement cicatrisée dans les sept huitièmes de son étendue.

Le 25 novembre. Le rétablissement est complet; le col ne présente plus que quelques points disséminés non encore cicatrisés. Je les touche avec de l'acide azotique étendu d'eau.

Le 10 décembre. La cicatrisation est parfaite. La santé de madame D... ne laisse plus rien à désirer.

On reconnaîtra, je pense, que cette observation est intéressante à plus d'un titre et qu'elle fournit plus d'un renseignement utile. Elle nous montre un engorgement induré considérable, remontant à douze années, ayant donné lieu à des accidents locaux et sympathiques graves, ayant résisté à un traitement de six mois dirigé par M. Cruveilhier et à trois applications de fer rouge pratiquées dans l'espace de trois mois. Que restait-il à tenter? à quelle médication avoir recours? La maladie ne pouvait-elle pas, à bon droit, être considérée comme étant au-dessus des ressources fournies par la thérapeutique? Eh bien! sous l'influence des modifications imprimées par les douches froides à

l'absorption interstitielle, cet engorgement se résout peu à peu, et au bout de sept mois le col utérin, qui a perdu plus de la moitié de son volume, est revenu à ses dimensions normales. Nous voyons encore, tant que l'engorgement persiste, une vaste ulcération résister à neuf cautérisations avec le nitrate d'argent et à trois applications du cautère actuel, mais aussitôt que l'engorgement a cédé, deux cautérisations avec l'acide azotique suffisent pour amener une cicatrisation parfaite. Dès ce moment la guérison est complète ; tous les accidents disparaissent ; les douleurs névralgiques utérines et mammaires ne se font plus sentir ; toutes les fonctions s'accomplissent de la manière la plus satisfaisante, et madame D... retrouve un état de santé qu'elle croyait avoir à jamais perdu. Notons enfin l'influence si remarquable exercée par les douches froides sur la menstruation qui, irrégulière, douloureuse, trop abondante depuis son établissement, finit par se régulariser et par présenter tous les caractères de l'état physiologique.

L'observation qu'on vient de lire est un véritable type d'engorgement induré du col de l'utérus ; les deux faits qui vont suivre présenteront des exemples non moins caractérisés de déplacement utérin.

Antéversion considérable, sans engorgement ni ulcération ; accidents locaux graves.

Obs. II. — Madame H., demeurant à Paris, rue Saint-Florentin, n° 7, est âgée de 25 ans, d'une constitution grêle, d'un tempérament lymphatique très-prononcé. Les règles ont paru à quinze ans ; elles sont régulières, peu abondantes, durent de trois à cinq jours et ne sont accompagnées d'aucune douleur.

Madame H. s'est mariée à l'âge de 19 ans, au mois de juin 1842, et a eu un premier enfant au mois de juillet 1843. La grossesse a été pénible ; à sept mois on pratiqua une saignée et l'on appliqua des sangsues derrière les oreilles ; ces pertes de sang furent suivies d'une grande faiblesse, d'un état anémique très-prononcé. L'accouchement fut heureux, mais trois mois après, des douleurs, plus incommodes que vives, se firent sentir dans la région hypogastrique, dans les lombes, les aines et les cuisses ; la marche devint pénible. En avril 1844, M. le docteur Hoffmann fut consulté ; il reconnut un déplacement et une ulcération de l'utérus et pratiqua neuf cautérisations qui n'amenèrent aucun soulagement. Au mois d'octobre de la même année, madame H. s'adressa à madame Charrier, sage-femme en chef de la Maternité, qui ne trouva aucune ulcération, mais une an-

téversion très-prononcée, et qui conseilla l'usage d'une ceinture hypogastrique. Celle-ci fut immédiatement appliquée, et la malade se trouva notablement soulagée.

Madame H. devint enceinte pour la seconde fois au mois d'août 1845. La grossesse fut heureuse et l'accouchement eut lieu le 15 mai 1846. Madame H. quitta le lit le dix-huitième jour et reprit ses occupations qui sont assez fatigantes et exigent tantôt des courses à pied ou en voiture plus ou moins considérables, plus ou moins multipliées, tantôt une station assise ou debout plus ou moins longue. Bientôt se montrèrent de nouveaux accidents qui, cette fois, ne tardèrent pas à acquérir une grande intensité. Des douleurs vives, presque continues, se firent sentir dans le bas-ventre, les lombes et les aines ; elles étaient tellement exaspérées par la marche ou la voiture, que la malade fut obligée de se condamner à un repos presque absolu ; l'usage des voitures à deux roues était pénible à ce point, que plusieurs fois madame H. fut contrainte de descendre de cabriolet au milieu de la rue. Une constipation opiniâtre, des envies très-fréquentes d'uriner vinrent s'ajouter à ces phénomènes morbides. La ceinture hypogastrique apportait quelque soulagement à cet état si fâcheux, mais il était bien loin de faire cesser tous les accidents; cependant, malgré la gêne et quelquefois la douleur causées par cet appareil, madame H. se condamna à la porter constamment, l'expérience lui ayant appris que toutes ses souffrances s'exaspéraient aussitôt que l'utérus cessait d'être maintenu.

Vers le commencement de 1847, les digestions commencèrent à devenir mauvaises. Au bout de quelques mois, l'ingestion des aliments était suivie de douleurs si vives, que madame H. fut obligée d'observer un régime très-sévère. Bientôt se manifesta un amaigrissement dont les progrès furent rapides. En septembre 1847, M. le professeur Cruveilhier fut consulté : il proposa une alimentation composée de laitage, de viandes blanches et l'abstention complète de vin ; mais ce régime, loin d'améliorer l'état de la malade, ne fit que l'aggraver. Le 15 juin 1848, madame H. vint réclamer mes soins.

État actuel. Le teint est d'un gris sale ; l'amaigrissement est notable. Malgré la sévérité du régime, les digestions sont pénibles, douloureuses; la constipation est permanente, rebelle, et réclame l'emploi quotidien d'un ou de plusieurs lavements. Des douleurs se font quelquefois sentir dans le rectum. La malade éprouve souvent de la céphalalgie, une migraine très-incommode, des lassitudes spontanées, de la courbature; elle se plaint d'un malaise général presque continuel. La langue est naturelle,

plutôt pâle; l'épigastre et l'abdomen sont souples et non douloureux à la pression.

Depuis deux ans, madame H... n'a point quitté un seul jour sa ceinture hypogastrique; mais malgré cet appareil, elle ressent souvent dans le bas-ventre, les lombes et les aines, des douleurs ou une sensation de gêne, de tiraillement, qu'exaspèrent à un haut degré la marche et la voiture. Les envies d'uriner sont fréquentes et impérieuses, quelquefois accompagnées de dysurie.

Le toucher, pratiqué la malade étant debout, fournit les signes suivants : le col utérin est petit, allongé, de consistance normale; il est rejeté en arrière et appuie sur la partie inférieure du sacrum. En introduisant le doigt dans le rectum, on sent à travers la paroi antérieure de l'intestin la saillie formée par le col utérin. Vers la partie supérieure du vagin, le doigt rencontre le corps de l'utérus, qui est fortement incliné en avant.

La palpation, le toucher rectal et vaginal, pratiqués dans différentes positions, montrent d'une manière positive que le corps de la matrice a conservé son volume normal.

Le spéculum, introduit dans la direction de l'axe du bassin, ne rencontre point le col, mais bien le corps de l'utérus. Pour embrasser le museau de tanche, il faut faire basculer l'instrument de haut en bas et d'avant en arrière, en appuyant fortement sur le corps de la matrice. Il n'existe ni engorgement ni ulcération.

Pour remédier à ce déplacement utérin, je conseillai à madame H... d'aller passer l'été à Bellevue, et d'avoir recours aux douches froides. Cet avis fut suivi, et le traitement commencé le 22 juin.

Deux fois par jour, madame H... reçoit une douche ascendante vaginale de dix minutes, et pendant cinq autres minutes une douche en pluie générale et une douche locale dirigée sur l'hypogastre, les aines et les lombes.

Le 15 juillet. L'état général est déjà beaucoup meilleur; le malaise, la courbature ont disparu; l'appétit est plus vif, les digestions sont plus faciles. La malade commence à manger des viandes noires et à boire du vin; la constipation est moins opiniâtre; plusieurs évacuations spontanées ont eu lieu. A différentes reprises, madame H... a ôté sa ceinture pendant plusieurs heures et a pu marcher, sans que les accidents locaux se soient aggravés. Les douleurs, les tiraillements ont diminué; les envies d'uriner sont moins fréquentes; la miction est facile, non douloureuse.

Le 1er août. Les fonctions digestives sont dans le meilleur état; l'appétit est très-vif; la constipation n'existe plus; le teint

est bon ; la malade engraisse manifestement. La ceinture a été supprimée impunément pendant des journées entières. Madame H... a fait de longues promenades sans souffrir. Les douleurs, les tiraillements, les accidents vésicaux, ne se montrent plus que rarement et à un faible degré. On constate par le toucher que la matrice est en grande partie redressée. Le doigt arrive presque directement sur le museau de tanche.

Le 1er septembre. La ceinture n'a pas été replacée depuis un mois; tous les phénomènes morbides, locaux et généraux, ont entièrement disparu. Un embonpoint remarquable a remplacé la maigreur. Le teint est excellent ; les forces ne laissent rien à désirer. Madame H... a été plusieurs fois à Paris ; elle y a fait de longues courses en voitures publiques, en cabriolet, à pied, et elle n'a pas éprouvé la moindre souffrance, la moindre gêne. Le toucher et le spéculum montrent que l'utérus est parfaitement redressé. La guérison est complète; mais je conseille à madame H... de la consolider, en continuant encore son traitement pendant quelque temps.

Le 22 octobre. La guérison ne s'est pas démentie un instant, et madame H... quitte Bellevue dans un état de santé qu'elle assure ne jamais avoir connu. (*La suite à un prochain numéro.*)

MALADIES DES ENFANTS. — 12. *Remarques sur la dentition et ses accidents. — Ulcérations pultacées de la bouche; ulcérations mercurielles ; traitement de ces affections.* — (Hôpital des Enfants malades. Service de M. TROUSSEAU).

(Journal de médecine et de chirurgie pratiques, juin 1849.)

M. Trousseau disait, dans une de ses dernières leçons, qu'en observant ce qui se passe dans les deux dentitions de l'enfant, on s'aperçoit promptement que tout ce qui a été écrit sur ce sujet est erroné. La seconde dentition est encore en ce moment, pour ce médecin, l'objet d'études dont il fera connaître plus tard le résultat ; mais dès à présent il s'est déjà suffisamment occupé de la première pour en parler en connaissance de cause, et à cette occasion ce professeur est entré dans quelques détails qui ne sont pas dépourvus d'intérêt pratique.

Un enfant complet, dit il, doit avoir vingt dents ; un adolescents vingt-huit ; un homme trente-deux ; voilà la règle. L'enfant doit avoir ses dents à trois ans ; l'adolescent de treize à quatorze ; l'adulte de vingt-quatre à trente ans. Maintenant voici comment poussent les dents de l'enfant :

Ordinairement du septième au huitième mois, quelquefois beaucoup plus tôt, quelquefois avant la naissance, quelquefois à

dix-huit, vingt mois, mais le plus souvent vers le huitième mois apparaissent les deux premières dents. Ce sont les deux incisives inférieures médianes, lesquelles percent quelquefois le même jour ou à un ou deux d'intervalle, quelquefois à huit jours. Après ces deux dents, vers le dixième mois, sortent les dents incisives supérieures médianes poussant ensemble ou à un court intervalle l'une de l'autre ; puis vers les douzième et treizième mois on voit paraître les deux incisives latérales supérieures ; l'enfant est ainsi muni de six dents, quatre en haut et deux en bas. Sortent alors six autres dents, savoir : les quatre premières molaires et les deux incisives latérales inférieures sans ordre ni régularité, mais à peu près à la même époque. Ceci arrive en général à douze mois. A dix-huit ou vingt mois viennent les quatre canines qui ne sortent point ensemble, mais mettent de trois à quatre mois à sortir. A vingt-quatre mois l'enfant possède seize dents. Vers trente à trente-six mois, il a ses vingt dents caduques et pas davantage. Une circonstance très-importante à noter dans cette première dentition est celle ci : les dents sortent par groupes. Premier groupe comprenant les deux incisives médianes inférieures qui mettent au plus huit jours à sortir. Second groupe comprenant les deux incisives médianes supérieures qui paraissent dans l'espace de huit jours à quinze jours. Au troisième groupe appartiennent : les deux incisives latérales supérieures sortant dans l'espace de huit jours à un mois. Au quatrième groupe : les quatre premières molaires et les deux incisives latérales inférieures ; durée du travail deux mois à deux mois et demi. Le cinquième groupe comprend les quatre lanières ou canines poussant dans l'espace de deux à quatre mois. En dernier lieu vient un sixième groupe embrassant les dernières molaires dont la sortie exige un laps de temps qui varie de trois à quatre mois. Or, quand on sait que les dents sortent ainsi par groupes et qu'entre l'apparition de chaque groupe, il y a des intervalles de repos pendant lesquels l'enfant ne fait pas de dents et ne souffre pas, on doit profiter de ce temps d'arrêt dans le travail de la dentition pour vacciner, sevrer ou faire une opération quelconque et agir, dans ce cas, immédiatement après la sortie de tel ou tel groupe de dents, l'intervalle de repos pouvant alors être de six semaines à deux mois au moins.

La pousse des dents est, comme on sait, assez souvent accompagnée d'accidents dont l'importance, suivant M. Trousseau, a été exagérée. Ces accidents sont la douleur des gencives, les convulsions, la diarrhée, etc. Il faut reconnaître que, chez certains enfants, les douleurs déterminées par la sortie des dents

sont excessives. Dans ce cas, il est bon de pratiquer des frictions sur les gencives avec la solution suivante :

Extrait de belladone. .	5 centigrammes.
Eau.	10 à 12 gouttes.

On a soin d'empêcher l'enfant d'avaler le médicament. En même temps on frictionne l'angle des mâchoires avec la pommade de belladone, et on place dans le conduit auditif du coton imprégné de la solution ci-dessus.

Les convulsions constituent un accident plus grave, plus inquiétant. Cependant, le plus ordinairement, elles ne sont pas mortelles. M. Trousseau les combat par des bains, de légers laxatifs et de faibles doses de belladone et d'opium à l'intérieur. S'il y avait de la diarrhée on ne donnerait pas de laxatifs ; il faudrait au contraire modérer cette diarrhée parce qu'au moment de la dentition et du sevrage, elle prend souvent la forme cholérique et devient très-grave si on ne se hâte pas de l'arrêter.

Lorsque des convulsions existent et que la dent apparaît, il est bon de frotter la gencive avec le doigt, celle-ci est coupée et la dent sort. Quant aux incisions qui ont été conseillées, elles n'ont, suivant M. Trousseau, aucune utilité en général. Mieux vaut, comme il vient d'être dit, se servir de la pulpe du doigt ou de l'ongle que de recourir à des manœuvres qui aggravent la douleur sans aucun bénéfice pour les petits malades.

M. Trousseau a terminé ces considérations en disant que les médecins qui complètent la dentition à quatre ans et prétendent qu'à cet âge l'enfant a vingt-quatre dents, sont dans l'erreur. A quatre ans l'enfant n'a que vingt dents. A l'âge de six à sept ans la seconde dentition commence par la sortie des troisièmes molaires, et avant que ces molaires aient fini de se montrer, même avant l'époque de leur apparition, les dents de lait commencent à tomber en suivant à peu près le même ordre dans lequel elles sont venues. L'enfant a donc alors, mais seulement alors, reçu vingt-quatre dents. A l'âge de douze à quatorze ans, il en fait quatre autres qui complètent les vingt-huit dents de l'adolescent savoir : seize molaires, quatre canines et huit incisives. Enfin à vingt-deux ans, viennent les dents de sagesse au nombre de quatre qui achèvent de former le contingent de l'adulte.

— Après avoir parlé des dents chez les enfants, M. Trousseau s'est occupé d'une lésion de la bouche qui n'a point de rapports avec la dentition, mais qui n'en est pas moins très-digne de fixer l'attention des praticiens.

Au n° 1 de la salle Saint-Thomas est un petit graçon qui a présenté des ulcérations pultacées de la membrane muqueuse buc-

cale. Cette lésion ne ressemble point à la diphthérite, elle a plutôt la forme d'un aphthe profond à bords coupés à pic, ce qui tient à ce que les bords de l'ulcération durcis et épaissis sont relativement plus élevés que le centre. Cette partie centrale est le siége d'une sécrétion grisâtre d'une fétidité extrême. Et ce qui caractérise surtout les ulcérations de ce genre, ce sont la tendance qu'elles ont à s'accroître et la gravité des désordres qu'elles apportent dans l'économie. Quand, en effet, il arrive dans ces cas que la joue correspondante se couvre d'une rougeur érésipélateuse, c'est un indice bien fâcheux, car c'est le signe infaillible d'une gangrène atroce à laquelle l'enfant succombera misérablement, si, dans vingt-quatre heures, on n'a pas arrêté les progrès du mal. D'autres fois, comme chez l'enfant dont il s'agit ici, l'ulcération ébranle les dents et les détruit. Dans tous les cas, c'est une affection dont il faut se préoccuper promptement et sérieusement. Or, il ne suffit pas pour combattre avec avantage ces ulcérations pultacées de leur opposer un remède aussi insignifiant que le miel rosat; on les guérira très-bien malgré leur gravité ; mais pour cela il faut employer des topiques énergiques.

Ici, les ulcérations siégeaient au point où la muqueuse des lèvres se confond avec celle des gencives. Il y en avait en haut et en bas, et en moins de trois jours, deux dents, parfaitement saines avant l'apparition de ces ulcérations, étaient déjà fortement ébranlées. Pendant deux jours, on a cautérisé avec l'acide chlorhydrique porté trois fois par jour sur le mal, en ayant soin de protéger les dents avec du linge. Les ulcérations se sont détergées et la tuméfaction a diminué, mais comme il restait encore quelque chose à faire, on a achevé la guérison avec du chlorure de chaux sec pulvérisé. On prend, à cet effet, une poupée de papier qu'on trempe dans du miel ou dans du sirop; on la plonge ensuite dans la poudre de chlorure, et quand elle est bien chargée de cette poudre, on la tient en contact avec la surface malade pendant vingt à trente secondes.

M. Trousseau ne traite pas autrement les ulcérations buccales produites par le mercure, notamment chez les enfants soumis à l'usage du calomel. Dans la pratique civile on peut n'y prêter qu'une attention médiocre, mais dans un hôpital où la diphthérite est en permanence, il y a tout à craindre de ces ulcérations, qui d'ailleurs peuvent revêtir la forme pultacée et gangréneuse chez les sujets dont la constitution est mauvaise.

On cautérise donc de suite ces ulcérations avec l'acide chlorhydrique fumant, après quoi M. Trousseau prescrit soit les at-

touchements avec le chlorure de chaux sec pulvérisé, soit l'usage répété d'un collutoire ainsi composé :

Borax . . . } ââ 10 grammes.
Miel. . . . }

13. *Recherches sur la maladie scrofuleuse, spécialement chez les enfants*; par le docteur HÉRARD, ancien interne des hôpitaux.

(Suite et fin : *voir* t. IV, avril 1849, p. 113.)

(Archives générales de médecine, mai 1849.)

DEUXIÈME PARTIE.

Les considérations d'anatomie pathologique qui précèdent n'étaient pas inutiles pour la discussion que nous allons maintenant aborder. Déjà elles nous mettent à même de résoudre cet important problème : *les scrofules et les tubercules sont-ils identiques?* A cette question ainsi posée, nous répondons sans hésiter : Non, ce sont deux affections distinctes. Pour que le contraire eût lieu, il faudrait que des lésions que l'on rencontre dans la scrofule offrissent toutes le tubercule comme produit pathologique. Or, nous avons démontré que la plupart des altérations du système osseux, qu'un grand nombre d'abcès, que les ophthalmies, etc., n'en renfermaient pas le plus petit atome ; et nous avons peine à nous expliquer comment des anatomo-pathologistes aussi distingués que MM. Rilliet et Barthez, observant sur le même terrain que nous, ont pu arriver à un résultat différent, et confondre ainsi la scrofule avec la tuberculisation. C'est également dire qu'il nous est impossible de souscrire à cette proposition de M. Lugol : « Le vice scrofuleux est toujours révélé par le développement du tubercule. Cette production est, en effet, la scrofule elle-même, son signe anatomique, pathognomonique, celui-là seul qui la caractérise, et qui donne de la valeur à tous les autres symptômes. » (Lugol, *Recherches et observations sur les causes des maladies scrofuleuses*, avant-propos.) M. Lugol sent lui-même si bien ce que son opinion a de trop absolu, qu'il se hâte d'ajouter : « Qu'un malade ait une ophthalmie, une leucorrhée, des ulcères cutanés, des abcès froids, des caries, des tumeurs blanches, etc., la nature de toutes ces maladies ne peut plus être mise en doute ; elles sont scrofuleuses, quand il a existé des tubercules ou qu'il y a coïncidence de ces productions morbides, soit chez le sujet malade, soit seulement dans sa famille. » Mais alors comment comprendre, ainsi que le fait remarquer, avec beaucoup de raison, M. Milcent (thèse citée), que si le tu-

bercule est la scrofule elle-même, son signe anatomique et pathognomonique, on ne le trouve pas chez tous les individus scrofuleux, comme on trouve le cancer chez tous les cancéreux.

Je ne crois pas nécessaire d'insister plus longuement sur ce point désormais résolu. Non, la maladie scrofuleuse n'est pas la même chose que la maladie tuberculeuse; et cette conclusion, basée sur l'anatomie pathologique, est tellement péremptoire, qu'il serait superflu de rechercher sa confirmation dans l'étude clinique, dans les symptômes, l'étiologie, la marche, la thérapeutique des deux affections ; mais nous devons aller au-devant de quelques objections qui ne manqueront pas de se produire.

On demandera probablement comment il se fait, si la scrofule et les tubercules sont deux maladies distinctes, qu'une des lésions les plus fréquentes de la scrofule, celle qui en constitue pour ainsi dire le type, l'écrouelle, en un mot, soit toujours tuberculeuse. C'est là, en effet, une des difficultés les plus graves, tellement graves, que MM. Guersant, Lebert, ne parlent de rien moins que de retrancher de la scrofule l'engorgement ganglionnaire, ou d'une manière plus générale toutes les affections tuberculeuses, pour les reporter dans la diathèse tuberculeuse, et j'avoue qu'après avoir mûrement réfléchi sur les faits dont j'ai été témoin à l'hôpital des Enfants, j'adopte complétement cette manière de voir.

Au premier abord cependant, j'en conviens, l'opinion que je défends a quelque chose qui étonne, qui choque même; mais cette répulsion, plus instinctive que raisonnée, est une conséquence de notre éducation médicale. D'une part, en effet, la tradition nous a habitués à considérer les écrouelles comme le signe presque pathognomonique de la scrofule; et d'une autre part, quand il est question de tubercules, de phthisie, nous avons si ordinairement en vue la phthisie pulmonaire, que nous nous récrions à l'instant sur les nombreuses différences qui séparent les tubercules du poumon des tubercules des ganglions externes. Mais pour peu que l'on y réfléchisse un moment, on comprendra que le respect pour les anciens ne doit pas être un respect aveugle, et ensuite que les différences symptomatiques qui existent entre la phthisie pulmonaire et les écrouelles dérivent de l'importance fonctionnelle différente du poumon et des ganglions lymphatiques. Le tubercule du cerveau, des méninges ou des ganglions mésentériques, donne-t-il lieu aux mêmes phénomènes que le tubercule pulmonaire? Évidemment non. Pourquoi donc cette autre forme de la tuberculisation générale, l'écrouelle, n'aurait-elle pas aussi ses caractères, ses symptômes? Chez l'a-

dulte, qui dit tubercules dit presque toujours tubercules du poumon, et consécutivement tout cet appareil général, fièvre hectique, sueurs, amaigrissement, etc.; mais chez l'enfant, il n'en est plus de même, la diathèse tuberculeuse peut se manifester dans un plus ou moins grand nombre d'organes sans affecter nécessairement le poumon, et si l'on s'attendait à rencontrer dans ces cas le tableau du phthisique si bien peint par Arétée, on risquerait de commettre les plus grossières erreurs.

Une autre objection plus sérieuse est celle-ci : A quoi bon retirer de la scrofule une affection, par cette seule raison qu'elle présente comme lésion le tubercule? En d'autres termes, le tubercule ne peut-il pas être commun à deux maladies différentes, à la scrofule et à la tuberculisation? Cet argument, que M. Milcent a cherché à faire prévaloir dans sa thèse, d'ailleurs si remarquable, a certainement une grande portée, et néanmoins il est loin d'ébranler ma conviction. Une ulcération, une nécrose, etc., peuvent être l'effet de deux affections (scrofule et syphilis, par exemple), que l'on n'hésitera pas à maintenir séparées, attendu que ces lésions n'ont rien de spécial, rien de caractéristique. Mais en est-il de même pour le tubercule? N'est-ce pas comme un être vivant qui a ses conditions déterminées d'origine, d'accroissement, de transformation? ne suppose-t-il pas une disposition à part de l'économie toute entière, sans laquelle il ne pourrait se développer? Eh bien, c'est parce que ce produit a dans ses caractères physiques, microscopiques, étiologiques, symptomatiques, etc., quelque chose qui n'appartient qu'à lui, qu'on ne saurait le donner comme la manifestation locale de plusieurs affections différentes. Quand chez un malade on trouve comme lésion l'élément cancéreux, on conclut qu'il y a cancer ; pourquoi en serait-il autrement pour un tuberculeux?

Je n'ignore pas que quelques médecins protestent contre cette sorte de prééminence accordée à l'anatomie pathologique dans la classification des maladies, et préfèrent s'en rapporter exclusivement aux symptômes observés pendant la vie : nous pensons, quant à nous, que tout doit concourir à cette classification, symptômes, causes, caractères anatomiques, etc.; seulement l'anatomie pathologique nous paraît être, dans l'état actuel de nos connaissances, la base essentielle, le guide le plus sûr. Mais nous ne dédaignons nullement l'étude des symptômes, et nous allons prouver que l'observation clinique est d'accord avec l'anatomie pathologique pour éliminer de la scrofule toutes les affections tuberculeuses; car nous ne pouvons admettre, avec M. Milcent, que ces affections se comportent différemment dans la scrofule

et la tuberculisation ; qu'en d'autres termes, il y ait une phthisie pulmonaire scrofuleuse distincte de la phthisie pulmonaire tuberculeuse, une tuberculisation des méninges scrofuleuse, distincte de la méningite tuberculeuse, des tubercules cérébraux (liés à la diathèse scrofuleuse) distincts des tubercules cérébraux (dépendants de la diathèse tuberculeuse, etc.) Il nous suffit, pour cela, d'examiner les caractères différentiels invoqués par M. Milcent.

Et d'abord, pour la phthisie pulmonaire, ces caractères seraient : la lenteur de la marche, le peu de rapidité de ses progrès, une certaine bénignité relative, l'absence de fièvre ou plutôt l'apparition tardive de ce symptôme (*thèse citée*, p. 97). Mais pour juger de la lenteur de la marche de la phthisie pulmonaire scrofuleuse, du peu de rapidité de ses progrès, il faudrait, ce me semble, connaître exactement la marche, la durée de la phthisie pulmonaire tuberculeuse. Or, que de variétés, sous ce rapport, depuis la phthisie qui débute, se développe, se termine avec une rapidité véritablement effrayante (phthisie aiguë), jusqu'à la phthisie qui met une période de 10, 20 ans, à parcourir toutes ses phases! Si ces remarques sont fondées, comment pouvoir dire : Voici une phthisie scrofuleuse, car elle marche avec un peu plus de lenteur que ne le ferait une phthisie tuberculeuse proprement dite? Surtout quand on reconnaît soi-même que la phthisie scrofuleuse est également susceptible de nombreuses variations, que tantôt elle marche avec rapidité vers une terminaison funeste, que tantôt elle présente une marche presque continue avec quelques rémissions, que tantôt elle prend le type périodique, cesse, se reproduit pour cesser encore et se reproduire de nouveau (*thèse citée*, p. 99).

Quant à cette prétendue bénignité relative, elle ne me paraît pas mieux démontrée ; ce qui a causé l'erreur, c'est que, comme je l'ai dit précédemment, la phthisie pulmonaire est loin d'être aussi fréquente dans la scrofule qu'on le croit généralement ; nous avons vu que, dans nos 50 observations avec autopsie, les poumons renfermaient 18 fois seulement des tubercules, et 10 fois quelques granulations éparses. Or, plusieurs enfants, parmi ces derniers et parmi les 22 autres, toussaient, étaient amaigris, et sans examen plus approfondi, auraient passé pour tuberculeux ; certes, si la phthisie n'eût été imaginaire, on aurait pu, à bon droit, faire remarquer la lenteur de la marche, sa bénignité relative. Le jugement de Morton et de Kortum, que M. Milcent appelle en témoignage, a pour moi peu de valeur, et on en comprendra facilement la raison. Kortum et

Morton, privés de nos moyens exacts d'exploration des organes thoraciques, ont cru bien souvent, et ils ne pouvaient faire autrement, à l'existence de la phthisie pulmonaire, alors que les poumons étaient entièrement sains. Je n'en veux d'autre preuve que ce passage de Morton, cité par M. Milcent (*thèse citée*, p. 99) : « Je ne doute pas que, par un choix prudent d'habitation, l'usage d'un bon air, les fréquents changements d'air, l'emploi longtemps prolongé de médicaments antiscrofuleux, les tumeurs tuberculeuses du poumon ne puissent se guérir comme celles des autres parties du corps, et qu'ainsi le malade ne puisse guérir de la scrofule et de la phthisie, ce que nous avons observé. » Les médecins savent aujourd'hui quelles sont les phthisies que l'on guérit, et quand M. Milcent ajoute : la phthisie pulmonaire scrofuleuse n'est pas toujours aussi bénigne, elle se termine souvent par la mort, c'est qu'alors les poumons sont véritablement atteints. Pour nous résumer sur ce point, nous dirons que la phthisie pulmonaire qui se déclare dans le cours de l'affection scrofuleuse ne diffère pas de celle qui se montre pendant la diathèse tuberculeuse ; tout au plus pourrait-on penser que les lésions extérieures de la scrofule constituent une sorte de révulsion qui ralentit légèrement la marche de la phthisie, mais il n'y a là rien de spécial à la maladie scrofuleuse.

Quant à ce qui est de la méningite, de la péritonite scrofuleuses, du carreau scrofuleux, etc., M. Milcent a si bien compris la difficulté de la tâche qu'il avait entreprise, qu'il n'a pas voulu entrer dans l'énumération des caractères qui différencient ces affections des mêmes affections tuberculeuses ; et, en effet, c'eût été tenter l'impossible. Qu'un tubercule existe dans la pie-mère, dans le cerveau, dans le péritoine, dans les glandes mésentériques, etc., il réagira sur les organes au milieu desquels il est déposé, ou sur les organes environnants, au bout d'un temps variable, tout à fait indéterminé et indéterminable ; et les symptômes qui trahiront la présence de cette production morbide ne sauraient être différents dans l'hypothèse où elle serait le résultat de deux maladies différentes. Cela est si vrai que la description que donne M. Milcent de la méningite tuberculeuse (scrofuleuse), des tubercules du cerveau (scrofuleux), etc., est identiquement celle des auteurs qui rangent ces mêmes affections dans la tuberculisation.

Ainsi donc, et c'est là la conclusion à laquelle nous voulions arriver : au point de vue des symptômes, aussi bien qu'au point de vue de l'anatomie pathologique, le tubercule dans les affections scrofuleuses se comporte absolument de même que dans

la diathèse tuberculeuse. Pourquoi dès lors ne pas faire rentrer dans le domaine des affections tuberculeuses toutes les lésions prétendues scrofuleuses qui sont caractérisées par le tubercule ? Chose singulière, les auteurs (j'en excepte toutefois M. Milcent et quelques autres) le font pour certaines affections tuberculeuses, la phthisie pulmonaire, et quand il s'agit de l'engorgement ganglionnaire, ils hésitent. Où est cependant la différence, si ce n'est dans le siége ? Je concevrais parfaitement que, de même que le carreau désigne l'engorgement tuberculeux des ganglions mésentériques, le mot *écrouelle* désignât l'engorgement tuberculeux des glandes lymphatiques externes ; je le concevrais, dis-je, bien qu'à mon sens il y aurait inconvénient à laisser dans la science une expression si diversement interprétée ; mais pour les auteurs que je combats, c'est plus qu'une question de mots, une question de pathogénie ; pour eux, la tuberculisation des ganglions lymphatiques est une affection de la scrofule, et non de la diathèse tuberculeuse. J'ai déjà cherché à prouver que rien ne justifie cette manière de voir ; je veux encore démontrer, par quelques exemples, combien, en l'adoptant, le praticien peut se trouver embarrasé au lit du malade.

Obs. I. — Au n° 2 de la salle Saint-Ferdinand (salle des scrofuleux, service de M. Baudelocque), est couché un petit garçon, âgé de 2 ans 1/2.

Cet enfant, malade depuis plusieurs mois, est pâle, amaigri ; il tousse, a le dévoiement, etc., en un mot, il est atteint de phthisie pulmonaire. Il ne présente aucune plaie extérieure, point de gonflement osseux. Quelques ganglions engorgés se montrent immédiatement au-dessus de la clavicule droite ; un seul, du volume d'une petite noix, existe du même côté, au-dessous de l'angle de la mâchoire ; rien dans les aisselles, les aines, etc. L'enfant meurt le 10 avril 1846.

Autopsie. Poumons infiltrés de tubercules à tous les degrés, cavernes au sommet ; ganglions bronchiques complétement convertis en matière tuberculeuse ; les quelques ganglions sus-claviculaires et le ganglion cervical reconnus pendant la vie sont également tuberculeux.

De quelle maladie était atteint l'enfant dont nous venons de donner l'observation abrégée ? Pour nous, il ne saurait y avoir doute. Nous avions affaire à une diathèse tuberculeuse avec manifestation locale aux poumons, aux ganglions bronchiques, et à quelques ganglions du cou ; mais pour nos adversaires, s'ils sont conséquents, il devrait y avoir là tubercules (à cause de la phthisie pulmonaire et bronchique), et scrofules (à cause des

écrouelles cervicales), et cependant, j'en suis convaincu, ils hésiteront, dans un cas pareil, à voir deux maladies différentes, parce que deux ou trois glandes tuberculeuses se seront développées au cou. Peut-être diront-ils que le fait n'est pas assez tranché ; que le voisinage du poumon tuberculeux rend compte, jusqu'à un certain point, de la tuberculisation des ganglions sus-claviculaires. Soit, bien que l'explication ne soit pas applicable au ganglion de l'angle de la mâchoire ; mais ce prétexte leur manquera dans l'observation suivante :

Obs. II. — Au n° 8 (salle Saint-Thomas, service de M. Baudelocque), est couché le nommé Breton, âgé de 3 ans, entré pour une phthisie pulmonaire des plus caractérisées. Cet enfant est affecté en outre d'un gonflement notable de l'abdomen, avec douleur à la palpation, sensation de dureté des parties sous-jacentes, diarrhée, etc. A l'extérieur, ni ulcères, ni abcès, ni lésions osseuses ; seulement on découvre à la partie interne de l'épitrochlée droite une tumeur dure, du volume d'un marron (ganglion épitrochléen). Mort le 20 juin 1846.

Autopsie. Les poumons sont adhérents et infiltrés de tubercules crus ; les plèvres sont épaissies, parsemées de granulations grises ; les ganglions bronchiques sont énormes et tuberculeux ; le péritoine est criblé de petites granulations miliaires ; des tubercules existent dans le foie, la rate, l'intestin, les ganglions lombaires et mésentériques ; les ganglions cervicaux, axillaires, inguinaux, sont sains ; le ganglion épitrochléen droit est hypertrophié et presque entièrement converti en matière tuberculeuse.

Ici encore, je le demande, dira-t-on que l'enfant était tuberculeux et scrofuleux en même temps (à cause du ganglion épitrochléen) ? N'est-il pas plus vraisemblable d'admettre que nous avions affaire uniquement à une diathèse tuberculeuse qui a envahi surtout les organes des cavités abdominales, thoraciques, et s'est jetée à l'extérieur sur le ganglion épitrochléen.

Peut-être, cette fois, m'objectera-t-on que les malades que j'ai choisis méritent à peine le nom d'*écrouelleux*, tant les engorgements ganglionnaires externes sont petits et peu nombreux. J'ai voulu arriver ainsi graduellement aux tumeurs ganglionnaires plus volumineuses, comme dans l'observation suivante ; mais la difficulté reste la même.

Obs. III. — Le 14 juillet 1847, est mort dans le service de M. Blache un enfant de 10 ans, dont les lésions étaient les suivantes : ganglions cervicaux superficiels et profonds hypertrophiés et presque complétement tuberculeux ; ganglions des deux aines ressemblant pour le volume à de petits œufs, compléte-

ment tuberculeux ; ganglions bronchiques énormes et tuberculeux, ganglions mésentériques énormes et tuberculeux ; petites masses tuberculeuses dans le péritoine et l'épiploon, poumons tuberculeux et présentant une ou deux cavernes.

Voilà cette fois des engorgements ganglionnaires incontestables ; puisqu'il y a phthisie pulmonaire, tuberculisation des ganglions bronchiques, etc.

Il devrait donc y avoir chez cet enfant scrofules et tubercules, s'il n'était beaucoup plus rationnel de n'admettre qu'une seule et même maladie, quel que soit l'organe dans lequel s'effectue le dépôt tuberculeux, ganglions lymphatiques externes, internes, viscères, etc.

Il est, je crois, inutile de multiplier les exemples. D'ailleurs ce que je viens de dire pour les écrouelles est entièrement applicable aux autres affections tuberculeuses que l'on rencontre dans la scrofule, telles qu'abcès tuberculeux, infiltrations tuberculeuses des os, etc. Toutes ces affections appartiennent à la diathèse tuberculeuse, qu'elles existent seules ou bien qu'elles accompagnent comme complications la maladie scrofuleuse.

Les seules altérations locales qui me paraissent appartenir à la maladie scrofuleuse sont :

Les *lésions du système osseux*, consistant, ainsi que nous l'avons vu, en ostéites, périostites, arthrites, nécroses ; les *abcès*, les *ulcères*.

Ce sont là les lésions scrofuleuses que j'appellerais principales.

Celles qui suivent sont moins importantes, ce sont :

Les *irritations muqueuses* et les *flux muqueux*, comprenant surtout l'ophthalmie, le coryza, l'otorrhée. Nous avons déjà dit que l'ophthalmie, la plus fréquente de ces irritations, empruntait les caractères de la conjonctivite palpébrale et de la kérato-conjonctivite avec ou sans papules.

Nous ajouterons que cette ophthalmie, dans ses signes physiques, n'a rien qui la spécifie, et permette, à la simple inspection de l'œil, d'affirmer que l'on a affaire à un scrofuleux. Si les deux formes que j'ai indiquées plus haut sont plus communes, c'est que ce sont aussi celles qui se rencontrent le plus souvent chez les enfants, et en particulier chez les enfants faibles, cachectiques.

L'*hypertrophie du tissu cellulo-adipeux* de la face, principalement du nez, des lèvres, des joues.

Certaines affections de la peau, spécialement le *lupus*, que nous sommes disposé à ranger parmi les lésions de la scrofule, bien

que fréquemment il se manifeste chez des individus qui paraissent entièrement exempts du vice scrofuleux. Pour ce qui est des diverses sortes d'impétigo, d'eczéma, de porrigo, etc., si communes chez les enfants en général, nous croyons qu'il faut se tenir dans une prudente réserve, et prendre garde de confondre avec des affections scrofuleuses des affections qui n'en sont probablement que des complications.

Nous venons de dire quelles étaient pour nous les lésions caractéristiques de la scrofule ; ici se présente une question très-grave.

Ces lésions doivent-elles être considérées comme les lésions que nous connaissons en pathologie sous les noms d'*ostéite, abcès, ophthalmie*, etc., accidentellement développées chez les individus pourvus du *tempérament* ou de la *constitution scrofuleux*, et modifiées toutefois par ce tempérament, cette constitution ?

Ou bien sont-elles les manifestations locales d'une même maladie générale et spéciale, à laquelle conviendrait la dénomination de *scrofule ?*

Ces deux opinions, que nous allons discuter, divisent de nos jours les médecins.

La première suppose un tempérament, une constitution originelle ou acquise, et reconnaissable à certains signes parfaitetement déterminés. Ce qui semblerait pourtant indiquer que ces signes sont moins évidents qu'on veut bien le dire, c'est la divergence des auteurs.

Pour un grand nombre, le tempérament scrofuleux n'est autre chose que le tempérament lymphatique fortement accentué. « L'affection scrofuleuse, disait Richerand, est èn quelque sorte l'exagération du tempérament lymphatique. Outrez tous les caractères attribués à cette constitution particulière du corps, et vous aurez un tableau fidèle de cette maladie. » Nous ne saurions, quant à nous, partager cette manière de voir. Nous croyons volontiers que le tempérament lympphatique prédispose un peu plus que les autres à la scrofule ; mais nous reconnaissons aussi que maintes fois cette maladie s'est déclarée chez des enfants ou des adultes qui ne présentaient aucun des attributs généralement assignés à ce tempérament.

Cette opinion est celle des médecins les plus compétents en pareille matière. « Nous voyons tous les ans, dit M. Guersant, un grand nombre d'enfants scrofuleux, et certes la majorité de ces enfants n'offre pas les caractères qu'on attribue ordinairement au tempérament lymphatique ; beaucoup d'entre eux sont châtains ou noirs, ont la peau brune, des muscles prononcés et

peu d'embonpoint » (*Dictionnaire* en 30 vol.). Le tempérament lymphatique, dit M. Baudelocque, est caractérisé par la finesse et la blancheur de la peau, la rondeur des formes, le peu de fermeté des chairs, la faiblesse musculaire, l'apathie, l'indifférence; ce tempérament est compatible avec la santé, mais on ne voit point pour cela seul survenir les ulcères, inflammations chroniques, caries, etc. »

D'autres auteurs, tout en repoussant l'analogie qu'on a voulu créer entre le tempérament lymphatique et le tempérament scrofuleux, admettent une constitution particulière, constitution scrofuleuse, qu'ils caractérisent ainsi : peau fine, transparente, blafarde ; cheveux blonds ; lèvres épaisses, gercées par les froids; yeux bleus, grands, à longs cils, souvent affectés d'ophthalmie; nez gonflé, croûteux, suintant ; éruptions pustuleuses diverses au cuir chevelu. C'est ce que l'on nomme encore *physionomie, facies scrofuleux*. Eh bien, je dirai que ce facies, que tant de personnes croient fréquent dans la scrofule, est très-rare ; que quand il existe, il est un symptôme de la maladie, et non un caractère de la prédisposition ; que ce symptôme se lie souvent à une forme légère, et qu'on voit plusieurs enfants le présenter sans être atteint des formes plus graves, ostéite, arthrite, etc.

Il est d'autres signes de la constitution scrofuleuse qu'indiquent quelques médecins ; mais en les examinant avec attention, on reconnaît qu'il n'en est presque pas un seul auquel on ne puisse en opposer un autre tout à fait contraire : ainsi voracité ou état habituel d'anorexie, développement extraordinaire de l'esprit ou intelligence très bornée, taille petite ou démesurément grande, diarrhée ou constipation, maigreur ou embonpoint, appétits vénériens très-prononcés ou nuls, etc.

Nous le voyons donc, on éprouve les plus grandes difficultés, quand on veut préciser rigoureusement en quoi consiste la constitution scrofuleuse. Trop souvent, dans le tableau qu'ils en ont présenté, les auteurs ont réuni des symptômes qui appartiennent au premier degré de la cachexie scrofuleuse. La constitution ou mieux la prédisposition scrofuleuse nous est tout aussi inconnue que la prédisposition cancéreuse, tuberculeuse ; elles ne se révèlent à l'observateur que par les manifestations morbides locales, particulières à chacune d'elles.

Je vais plus loin : alors même que la prédisposition scrofuleuse aurait des signes certains, ce ne serait pas une raison pour admettre la première hypothèse ; car il y aurait à expliquer pourquoi, si les affections dites *scrofuleuses* ne sont que des maladies accidentellement développées et modifiées par une constitution

spéciale, pourquoi, dis-je, on voit survenir toujours les mêmes lésions (ostéites, abcès, etc.)? N'y a-t-il pas là la preuve que ces lésions font partie intégrante de la scrofule, et qu'elles dépendent d'une cause générale et spéciale?

Quant à moi, cette cause me semble péremptoirement démontrée par le fait de l'hérédité de la scrofule. Car admettre l'hérédité, c'est reconnaître l'existence d'une disposition à part de l'économie, d'une organisation morbide en quelque sorte spécifique, que les enfants reçoivent de leurs parents, comme ils en reçoivent souvent le caractère, les traits du visage, etc.

Si de plus on veut bien réfléchir au mode de développement des lésions locales, à leur apparition simultanée dans différents points du corps, à leur reproduction fréquente, à leur physionomie particulière, à l'insuffisance des moyens locaux, à l'efficacité au contraire du traitement général, il me paraîtra difficile de ne pas adopter l'hypothèse d'une maladie générale, constitutionnelle, d'une diathèse scrofuleuse.

Mais, objecte-t-on, si la cause est unique, pourquoi les lésions locales sont-elles si différentes? Je pourrais répondre que c'est une conséquence des différences qui existent entre les divers systèmes de l'économie. N'a-t-on pas d'ailleurs dans la science des faits analogues? La syphilis constitutionnelle ne se traduit-elle pas par des altérations des systèmes osseux, muqueux, cellulo-cutané? La circonstance d'un virus particulier inoculé dans ce dernier cas ne change absolument rien à la question. La cause est unique, les effets sont variés.

Au moins, ajoute-t-on, dans la syphilis les lésions suivent dans leur apparition successive une régularité qui n'existe pas dans la scrofule. A cela je réponds que plus d'un praticien rejette les idées de M. Ricord et n'en admet pas moins cependant l'existence de la maladie syphilitique constitutionnelle; que, d'autre part, si la scrofule n'offre pas, comme M. Milcent le pense, une marche parfaitement déterminée, on ne saurait méconnaître certaines grandes périodes auxquelles les auteurs ont donné des noms différents, que M. Guersant, par exemple, appelle périodes d'incubation, de localisation, de dépuration, de terminaison.

Mais allons plus loin : l'ordre de succession des lésions est régulier dans la syphilis, irrégulier dans la scrofule; quelle conséquence en prétend-on tirer? Aucune, à mon avis, si ce n'est que la scrofule a sa manière d'être, ses manifestations spéciales, ses caractères locaux et généraux, en un mot, une physionomie à elle, de même que la syphilis, la variole, la peste, la morve, etc., ont chacune la leur.

Ce qui ne nous empêche pas de convenir avec une entière bonne foi que l'absence de signes certains de la prédisposion scrofuleuse ; l'absence d'un produit pathologique spécial, comme dans le cancer, le tubercule ; le peu de régularité dans le développement des lésions, rendent quelquefois très-difficile le diagnostic de la maladie. Son principal caractère, en effet, étant la multiplicité des altérations ci-dessus décrites, on comprend que le doute est commandé tant qu'une seule lésion locale existe. Néanmoins, si cette lésion s'est déclarée spontanément, si surtout on découvre dans la famille des symptômes de scrofule, on aura de fortes présomptions qui se changeront en certitude, du moment où apparaîtront d'autres désordres locaux.

Jusqu'ici nous avons essayé de prouver : 1° que la scrofule est une maladie générale et spéciale ; 2° qu'elle est distincte de la diathèse tuberculeuse. Il nous reste à résoudre une dernière difficulté. Si les deux diathèses sont différentes, demandera-t-on, pourquoi existent-elles si souvent ensemble ? cette circonstance ne prouverait-elle pas qu'elles ne forment qu'une seule et même maladie ?

D'abord nous dirons qu'il ne faut pas exagérer cette simultanéité de développement. Il est extrêmement fréquent de rencontrer des tuberculeux sans le plus léger symptôme scrofuleux, et d'un autre côté la scrofule peut exister sans tubercule, puisque, dans 50 cas avec autopsie, j'ai constaté dix fois l'absence de toute complication tuberculeuse (1). Nous reconnaissons toutefois qu'il y a entre les deux diathèses de grandes affinités. Une question intéressante serait de savoir si cette affinité est telle que des tuberculeux engendrent des scrofuleux et réciproquement. Quelques auteurs le prétendent et se seraient même appuyés sur ce fait pour proclamer l'identité des deux affections ; mais les observations sur lesquelles repose leur opinion ne peuvent pas servir à la solution de ce problème. En effet, ils considéraient l'écrouelle comme une lésion scrofuleuse, et alors si un enfant était atteint d'engorgements ganglionnaires et que le père fût phthisique, ils se croyaient en droit de conclure que dans ce cas un

(1) Une remarque importante à faire, c'est que, dans un grand nombre de cas d'écrouelles donnés comme des exemples de scrofules compliquées de tubercules, cette complication n'existe pas. C'est une conséquence de notre manière de voir sur les engorgements ganglionnaires. Ainsi nos 255 malades nous ont fourni 152 écrouelleux ; en décomposant ce chiffre, nous trouvons que 110 fois les engorgements ganglionnaires ont existé en même temps que d'autres tuberculisations internes ou externes, mais sans lésions, à proprement parler, scrofuleuses (ostéite, abcès, etc). Ces 110 cas appartiennent à la diathèse tuberculeuse et ne sauraient être donnés comme des faits de développement simultané des deux maladies.

tuberculeux avait donné naissance à un scrofuleux ou *vice versa*. Mais si l'on admet avec nous que l'écrouelle est une lésion tuberculeuse, on n'y verra qu'un exemple de transmission du père au fils de la diathèse tuberculeuse. Ce qu'il faudrait, pour juger cette question, ce seraient des observations d'individus affectés d'altérations exclusivement scrofuleuses ; alors si les parents n'offraient que des symptômes de tuberculisation, on serait autorisé à conclure à la génération des scrofuleux par des tuberculeux, et réciproquement si les enfants étaient atteints de tubercules, et les parents de scrofules. Nous ne croyons pas qu'il en soit ainsi, à cause de la spécificité des deux diathèses ; mais des recherches ultérieures dirigées dans ce sens pourront seules élucider ce point important et difficile.

Conséquences thérapeutiques. — Nous nous bornerons à faire ressortir les principales indications thérapeutiques que présente la scrofule, et qui sont comme la conséquence des idées émises dans ce Mémoire.

La scrofule étant une maladie générale constitutionnelle, avec manifestations variées aux os, à la peau, aux muqueuses, etc., il est évident que le traitement doit s'adresser d'une part à la constitution, et d'une autre part aux affections locales ; en un mot, il sera général et local.

Traitement général. — Je suis entièrement de l'avis de ceux qui pensent que les moyens hygiéniques et diététiques sont de beaucoup les plus efficaces dans la maladie qui nous occupe. Il faut en quelque sorte refaire toute la constitution de l'individu, afin de détruire la disposition native dont elle est entachée. Pour cela l'alimentation sera fortifiante, substantielle, composée, mais non exclusivement, de viandes rôties ou autres aliments azotés, de vins généreux, de boissons toniques amères (macération de quinquina, infusion de houblon, feuilles de noyer, etc.). L'air, cet aliment par excellence, *pabulum vitæ*, sera respiré pur et sec. Autant que possible, l'enfant sera placé à la campagne, dans une habitation bien aérée, exposé au soleil et sans humidité. A l'hôpital, l'air sera souvent renouvelé dans les salles pour éviter les dangers de l'encombrement. Les enfants qui ne peuvent marcher seront portés dans la cour, au soleil (à moins de contre-indications, bien entendu). Quant aux autres, les jeux, la promenade, les exercices gymnastiques, feront partie essentielle du traitement, et en activant les fonctions languissantes et conséquemment le mouvement de décomposition et de recomposition des molécules du corps, contribueront efficacement à la guérison des lésions existantes, en même temps qu'ils prévien-

dront le retour de semblables affections. Depuis que ce dernier moyen (la gymnastique) est introduit à l'hôpital des Enfants, on a pu constater de nombreuses améliorations. Les excitants cutanés, les frictions sèches ou aromatiques, les bains de rivière, de mer, d'eau salée, sulfureux ou alcalins, seront encore d'utiles adjuvants.

La scrofule est une des maladies les plus difficiles à guérir ; mais, il faut le dire bien haut, ce sont là les véritables spécifiques, beaucoup plus puissants que tous les agents pharmaceutiques dont quelques-uns ont été préconisés outre mesure sous le titre ambitieux d'antiscrofuleux.

Pour peu que l'on eût réfléchi à la nature de certaines lésions, on se serait aperçu que l'on demandait à l'iode et à ses succédanés plus qu'ils ne pouvaient donner, et la thérapeutique elle-même aurait conduit à séparer de la scrofule les affections tuberculeuses. Prétendre, en effet, guérir par l'iode les écrouelles, c'est dire que l'on possède le secret de faire résorber la matière tuberculeuse. Eh bien, *a priori*, il était permis d'affirmer que l'iode échouerait. Nous ne connaissons, dans l'état actuel de nos connaissances, aucun moyen susceptible de déterminer la résorption du tubercule; sans cela nous guéririons la phthisie pulmonaire. Du reste, la pratique confirme de tout point ce résultat fourni par l'analogie. Pas plus à l'hôpital Saint-Louis qu'à l'hôpital des Enfants, je n'ai vu, sous l'influence du traitement iodé convenablement administré, disparaître les engorgements ganglionnaires tuberculeux (1).

Sans doute il n'est pas rare de constater une diminution souvent très-notable de ces tumeurs, avec l'iode, aidé ordinairement de quelques frictions iodurées ; mais ce qui diminue dans ce cas, c'est l'induration, le gonflement inflammatoire du tissu cellulaire ; quant au noyau tuberculeux, il reste et restera, quoi que vous fassiez. La pommade iodurée et l'iode pur, appliqués localement, ont agi comme pommade résolutive, rien de plus. Je ne connais qu'un seul moyen de guérison de ce noyau tuberculeux, si l'on peut appeler cela une guérison : c'est son élimination, après ramollissement, à travers la peau enflammée et ulcérée. Cela est si vrai que quelques médecins ont cherché à provoquer le ramollissement du tubercule par des vésicatoires, ou encore par des sétons passés dans le tissu du ganglion ; mais cette dernière méthode, que j'ai vu employer à l'hôpital des Enfants, outre

(1) Il ne faut pas oublier ce que nous avons dit des adénites simples et des engorgements syphilitiques, contre lesquels l'iode et l'iodure de potassium sont avantageusement employés.

qu'elle n'est pas quelquefois sans danger, n'atteint pas toujours le but qu'elle se propose, le ramollissement de la tumeur ne se faisant qu'incomplétement.

Ce que je viens de dire pour l'iode, je le dis pour tous les autres médicaments pris à l'intérieur, l'huile de foie de morue, l'hydrochlorate de baryte, le sous-carbonate de potasse, etc... Tous ces médicaments sont impuissants contre les engorgements ganglionnaires, et les autres affections tuberculeuses qui compliquent la scrofule.

Le traitement pharmaceutique aurait-il plus d'efficacité contre les autres lésions, les lésions véritablement scrofuleuses ? Je ne le pense pas, si j'en juge par les faits qu'il m'a été donné d'observer. J'ai pris note, à l'hôpital des Enfants, d'un grand nombre de malades affectés d'ostéites, d'ophthalmie, d'abcès, etc., traités par l'iode, l'iodure de potassium, l'huile de foie du morue, chez lesquels ce traitement ne m'a paru amener aucun résultat évident ; et si dans quelques cas les affections scrofuleuses se sont amendées ou même ont disparu, ces faits sont tels que l'on doit se demander si la maladie n'a pas guéri pendant les moyens employés plutôt qu'à cause de ces moyens, surtout quand on connaît la mobilité les alternatives d'apparition et de disparition, suivant les saisons, de certains accidents, et que d'ailleurs les remèdes internes ne sont pas administrés seuls. Car je me hâte d'ajouter que les bains iodés, les injections d'une solution d'iode dans les trajets fistuleux, sont doués d'efficacité. Mais ils n'ont aucune vertu spécifique ; ils agissent en excitant la peau, en détergeant les conduits fistuleux, en activant la séparation des séquestres, comme le font également d'autres excitants, et particulièrement les bains et les injections d'eau salée, qui ont sur l'iode cet immense avantage d'être beaucoup moins coûteux.

Traitement local. — Le traitement local des diverses affections qui constituent la scrofule diffère peu de celui des mêmes affections non scrofuleuses. Ainsi le gonflement inflammatoire du tissu cellulaire qui entoure un ganglion engorgé ou une articulation malade sera combattu, suivant le degré d'inflammation, par les émissions sanguines locales, les émollients simples ou les pommades résolutives (frictions mercurielles, iodure de plomb , de potassium , pommade au manganèse , etc.). Les ophthalmies seront traitées par les collyres au sulfate de zinc ou de nitrate d'argent, le lupus par la cautérisation , les onctions d'huile de Cade, la solution de chlorate de potasse , etc. Je ne veux pas entrer dans tous les détails que comporterait le sujet ; mais ils est un fait capital sur lequel il est nécessaire d'insister

et que le praticien doit avoir toujours présent à l'esprit, c'est que l'état général domine la lésion locale, en d'autres termes qu'il faut modifier la constitution avant de songer sérieusement à guérir les accidents locaux. Cette idée fondamentale nous servira à apprécier quel doit être, dans la scrofule, le rôle de la chirurgie. Il est évident que si le chirurgien cherchait à enlever par une opération l'altération locale, avant de s'être assuré que la disposition morbide a disparu, soit par le traitement général employé, soit par épuisement, si je puis parler ainsi, il serait à craindre que la maladie ne manifestât un peu plus tard son existence dans un point différent du corps, et c'est en effet le triste résultat que l'on obtient quand par une pratique blâmable on vient à faire l'amputation d'un membre pour une tumeur blanche. On a mutilé l'enfant et compromis ses jours, tandis que la nature secondée d'un traitement convenable aurait souvent à la longue triomphé des lésions osseuses scrofuleuses.

On ne saurait donc trop le répéter, il ne faut pas amputer les scrofuleux. Est-ce à dire maintenant qu'il n'y aura aucune exception à la règle ? Évidemment non. Dans le cas par exemple où le vice scrofuleux s'est porté sur une articulation, que l'abondance de la suppuration mine l'enfant et menace sa vie, il peut y avoir souvent avantage à faire disparaître cette cause d'épuisement et de mort. Il y aura encore à discuter la question de l'amputation lorsque la scrofule semble depuis longtemps stationnaire, qu'elle ne se traduit plus par des nouvelles lésions locales, que la santé générale paraît raffermie, surtout s'il s'agit d'une petite articulation ou d'un os peu important.

Les moyens chirurgicaux trouvent beaucoup plus souvent leur application pour la cicatrisation des plaies qui résultent soit d'écrouelles et d'abcès suppurés, soit de lésions osseuses. Quoique ces plaies puissent se fermer d'elles-mêmes par un pansement simple, cela est rare. Le plus ordinairement, aux plaies succèdent des ulcères à fond plus ou moins grisâtre; la persistance de la suppuration amène l'amincissement de la peau et le décollement des bords, si bien que, alors même que la cause qui entretenait la suppuration a disparu, cette peau ne peut pas se recoller, et l'ulcère dure ainsi des mois, des années. Sans doute, la mauvaise constitution de l'enfant dans beaucoup de cas n'est pas sans influence sur ce résultat ; mais c'est par-dessus tout l'état des parties molles qui s'oppose à la cicatrisation, et vainement on appliquera pommades, lotions de toute sorte, rien ne réussira à donner aux téguments la vitalité et l'épaisseur qui leur manquent. Il n'y a qu'un moyen de guérison, c'est l'excision des bords

décollés. Aussitôt le travail de cicatrisation commence et marche avec une rapidité surprenante. M. Baudelocque a plus qu'aucun autre appelé l'attention sur l'efficacité de ce traitement chirurgical, et j'ai pu, étant interne dans son service, me convaincre par moi-même des nombreux avantages que présente une pratique aussi simple et cependant si rarement mise en usage.

Quelquefois, au lieu d'un ulcère, on rencontre une portion de peau rouge poéminente, représentant tantôt une plaque plus ou moins large, tantôt une sorte de ligne étroite, allongée. Le pus s'est fait jour par un petit orifice souvent imperceptible. Si l'on introduit le stylet par cet orifice, on constate qu'il pénètre sans difficulté dans tous les points de cette élévation morbide. La peau est décollée, et tant qu'elle n'aura pas été complétement excisée, la guérison se fera attendre. J'insiste sur ce fait qu'il faût enlever la peau amincie et décollée jusqu'aux limites du décollement. La peau prête si facilement chez les enfants, que l'on est surpris du peu d'étendue des cicatrices qui succèdent à des plaies ou des décollements souvent très-larges. En se conduisant comme je viens de le dire, on évite ces cicatrices difformes, ces coutures indélébiles qui indiquent toujours la négligence apportée dans le pansement des ulcères scrofuleux.

Je ne parle ni de la répression des bourgeons charnus, ni de l'avivement des plaies par des pommades excitantes, ni de l'enlèvement des séquestres, etc. Ce sont là des moyens externes applicables à toutes les surfaces suppurantes, à toutes les lésions osseuses. Si je me suis un peu plus étendu sur l'excision des bords décollés, c'est que la disposition des parties molles qui nécessite cette petite opération est en quelque sorte spéciale à la scrofule.

Conclusions. — La scrofule existe comme maladie distincte, essentielle.

C'est une affection générale, constitutionnelle, presque toujours héréditaire, avec manifestations locales multiples (ostéites, abcès, ulcères, ophthalmies, etc.) sans produit pathologique spécial.

Les engorgements ganglionnaires ou écrouelles (toujours tuberculeux), les abcès tuberculeux, les infiltrations tuberculeuses des os, la phthisie pulmonaire, le carreau, en un mot, toutes les tuberculisations internes et externes, sont du domaine de la diathèse tuberculeuse et non de la scrofule.

La diathèse scrofuleuse et la diathèse tuberculeuse sont deux maladies différentes et qui ne doivent pas être confondues.

La diathèse scrofuleuse et la diathèse tuberculeuse ont entre

elles de grandes affinités, ce que démontre la coïncidence fréquente des écrouelles, de la phthisie pulmonaire, ou autres lésions tuberculeuses, avec les ostéites, abcès, flux muqueux, etc.

La scrofule n'a rien de commun avec le rachitisme.

On ne connaît aucune méthode certaine pour guérir la scrofule.

L'iode n'est nullement un spécifique : le meilleur traitement est le traitement hygiénique.

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OHPTHALMOLOGIE.

PATHOLOGIE EXTERNE. — 14. *Mémoire sur une angioleucite profonde ; amputation coxo-fémorale* ; par M. le docteur JULES ROUX, chirurgien en chef de la marine à Cherbourg, membre correspondant de l'Académie nationale de médecine, etc.

(Gazette médicale de Paris, n° 22; 1849.)

L'inflammation des vaisseaux lymphatiques a, dans ces derniers temps, été l'objet de travaux qui ont fait avancer son histoire. En 1841, j'ai moi-même publié un Mémoire sur l'angioleucite superficielle. J'ai cherché dans ce travail, accompagné d'observations détaillées, à déterminer les causes, le développement, la marche, les symptômes, le diagnostic différentiel, les terminaisons et le traitement de la phlegmasie des vaisseaux blancs immédiatement placés sous la peau. Deux ans après, un de mes élèves, M. Turrel, alors chirurgien de 2e classe de la marine, a soutenu sur la lymphite sa dissertation inaugurale. (Voir *Thèses de Paris*, 1843.)

Depuis cette époque, j'ai eu l'occasion d'entendre sur le même sujet les savantes leçons de M. Velpeau, dans lesquelles ce professeur élucidait, avec le talent qui le distingue, tous les points encore obscurs de l'angioleucite, qu'il différenciait, par des signes positifs, de l'érysipèle simple ou phlegmoneux, du phlegmon, de l'érythème et de toutes les affections de la peau avec lesquelles l'angioleucite a quelques traits de ressemblance.

Mais si, en ce qui concerne l'angioleucite des vaisseaux superficiels, la science semble avoir peu à faire encore, il n'en est pas de même pour ce qui a trait à l'histoire de l'inflammation des lymphatiques profonds. En effet, bien que le plus souvent cette dernière forme de lymphite soit liée à la première qui l'a précédée, il n'en est pas moins certain qu'elle offre dans ses di-

verses phases des formes différentes et des caractères encore peu connus.

Ici la cause, les symptômes, le diagnostic et le traitement sont souvent remplis d'incertitudes et enveloppés de ténèbres. Je ne sache pas que personne ait encore envisagé cette affection dans ses rapports avec l'amputation des membres. Quelques chirurgiens ne manqueront peut-être pas de faire tout d'abord leurs réserves sur la nécessité de la désarticulation coxo-fémorale que j'ai été dans le cas de pratiquer pour une affection de cette nature. J'ose espérer qu'ils partageront mon sentiment lorsque, après la lecture de ce Mémoire, ils connaîtront les motifs qui m'ont déterminé.

L'angioleucite profonde a été peu étudiée, surtout au tronc, à la surface et dans l'intimité des viscères ; cependant les deux branches de l'art de guérir, la médecine et la chirurgie pouvant revendiquer, dans leur domaine, l'affection qui nous occupe, on peut se demander pourquoi cette maladie dont les médecins et les chirurgiens doivent écrire l'histoire est encore si peu connue ? Dans de remarquables Mémoires, M. Velpeau seul, je crois, parmi tous les auteurs, a tracé les premiers traits de la lymphite profonde. MM. Andral, Amussat, Gendrin, Cruveilhier, etc., et avant eux Sœmmering, Mazcagni, Bichat, A. Cooper, etc., ont donné quelques aperçus, qui pourront servir à l'étude de l'angioleucite des viscères, étude déjà avancée pour l'utérus par les travaux de MM. Tonnellé, Nonat, Duplay, Botrel, etc.

Dans ce Mémoire, je traiterai principalement de cette inflammation affectant les lympathiques profonds des membres.

La lymphite profonde succède fréquemment à la superficielle, dont elle n'est alors qu'une extension. Dans ce cas, on peut suivre la succession des phénomènes depuis la formation de la lésion extérieure souvent très-légère, qui est le principe du mal, l'apparition des stries rouges, des courants rubanés, des plaques rosées, les abcès superficiels, etc., jusqu'aux suppurations étendues, dans la profondeur des tissus, sur le trajet des artères principales, et aux altérations consécutives des os et des articulations.

Quelquefois elle se développe d'emblée à la suite d'une blessure qui atteint les lymphatiques profonds.

Mais, dans une autre forme de la maladie, l'angioleucite apparaît spontanément, sans cause connue et nous verrons bientôt qu'elle est alors plus redoutable.

Le tempérament lymphatique y paraît plus exposé que les autres.

Ordinairement l'angioleucite est précédée des phénomènes généraux d'une vive réaction. Pendant quelque temps ces symptômes existent seuls, sans qu'on puisse les rattacher à l'inflammation des lymphatiques profonds d'une partie du corps. Mais bientôt une douleur obscure se fait sentir à la face interne des membres, par exemple, dont la température est augmentée et qui deviennent le siége d'un empâtement et d'une tuméfaction considérables ; la rougeur n'y apparaît que très-tardivement, et même on ne l'observe pas du tout, quand l'angioleucite profonde est primitive. Les symptômes que je viens d'indiquer prennent ordinairement plus d'intensité ; des douleurs pulsatives se font sentir, des frissons apparaissent, et l'on commence à soupçonner la formation du pus.

L'angioleucite profonde paraît, plus souvent que la superficielle, se terminer par suppuration. Le pus situé loin de la peau, sous les aponévroses, entre les couches des muscles, le long des vaisseaux principaux des membres, se soustrait longtemps aux moyens d'exploration. Il est même difficile d'en soupçonner l'existence lorsque l'affection existe au membre inférieur, que l'angioleucite profonde ne succède pas à l'angioleucite superficielle, et que sa cause productrice n'a pu être appréciée. Pendant cette période, le gonflement, l'empâtement des parties, la douleur obscure sont les seuls signes rationnels qui trahissent la présence du foyer, que le bistouri est encore inhabile à découvrir d'une manière certaine.

Cependant la suppuration continue, l'abcès s'agrandit, le pus fuse le long des vaisseaux, dans l'interstice des muscles qu'il dissèque, stagne dans le voisinage des articulations, des os, qu'il finit par baigner et altérer à leur surface, en se frayant un passage à travers les tissus cellulaire et fibreux qui les entourent, et qu'il détruit ou condense autour de lui, tandis que, d'un autre côté, il tend à se rapprocher de la peau.

Cette scène commencée à la jambe, par exemple, peut se produire aussi au genou, sur un ou plusieurs points de la cuisse, de telle sorte que, par ces foyers confondus ou séparés, tout le membre est bientôt en suppuration.

En même temps se continue et s'aggrave la série des phènomènes généraux inséparables des grandes inflammations.

Quand le chirurgien a pu découvrir la présence d'un abcès, et qu'il a pratiqué des incisions nombreuses et étendues, le pus reste longtemps phlegmoneux ; il s'échappe avec difficulté, parce qu'il provient de parties sinueuses et profondes. La peau se décolle, sans beaucoup rougir; les muscles restent isolés dans leur gaîne;

le membre est comme imbibé du produit de la suppuration ; la digestion s'altère ; le malade maigrit, et l'organisme reste sans cesse exposé au danger imminent de la résorption purulente.

Douloureux et engorgés, les ganglions situés sur le trajet des lymphatiques profonds semblent pendant un temps arrêter la marche ascendante de l'inflammation, qui reste ainsi limitée aux membres, dont ils entourent la racine. Mais lorsque l'art n'intervient pas avec efficacité, et que le malade a résisté jusque-là à la suppuration qui l'épuise, l'inflammation franchit cette barrière et pénètre dans les cavités splanchniques, où la suppuration s'établit encore sur le trajet et autour des gros vaisseaux.

Le moment où les articulations et les os baignés par le pus sont secondairement affectés, celui où l'angioleucite, suivant les courants des lymphatiques, franchit les ganglions pour se propager au delà, doivent être variables chez les divers sujets, et ne paraissent pas susceptibles d'être déterminés d'une manière rigoureuse dans l'état actuel de la science, malgré toute l'utilité pratique qu'il y aurait à préciser l'époque de cette phase de la maladie.

Les choses se passent d'une manière un peu différente lorsque la phlegmasie des lymphatiques profonds arrive spontanément, et ne succède pas à des plaies et à l'inflammation des vaisseaux lymphatiques superficiels. Dans cette seconde forme de la maladie, où la cause est le plus souvent inconnue, le chirurgien n'est pas mis sur la voie du diagnostic par les traînées rouges et rubanées de l'angioleucite superficielle. Le membre, vaguement douloureux dans toute son étendue ou sur un seul point, est bientôt le siége d'une infiltration et d'un empâtement peu prononcés, qui n'appellent pas encore l'attention du malade, et qui échappent d'autant plus facilement au médecin, qu'ils sont effacés par la violence des phénomènes généraux. Alors le pouls est très-fréquent, la peau très chaude, la soif vive, la céphalalgie intense ; il y a rapidement du délire, des frissons, une agitation extrême, à laquelle succède un abattement profond. Les saignées, la diète, les purgatifs, les affusions froides, etc., etc., calment peu le trouble général de l'organisme. Cependant la suppuration s'étend dans les membres affectés, et se développe à la fois en plusieurs points du trajet des lymphatiques profonds. Les chapelets ganglionnaires ne sont point ici des barrières qui arrêtent les progrès du mal, qui se développe en même temps au-dessus et au-dessous d'eux. Les foyers purulents finissent par être reconnus au milieu du gonflement considérable qui s'est développé dans les parties. Les incisions, convenablement prati-

quées, donnent issue à une grande quantité de pus, souvent fétide; mais l'art ne parvient que rarement à empêcher une terminaison funeste, et à l'autopsie on trouve du pus sur le trajet des vaisseaux lymphatiques profonds des membres, et jusque dans les cavités splanchniques.

Sur un malade qui avait succombé à une affection qu'il n'avait pas été possible de bien caractériser, et sur les membres inférieurs duquel on n'avait jamais perçu de fluctuation, l'observation nécroscopique révéla à M. le docteur Villers, chirurgien-major de la marine, l'existence du pus sur tout le trajet des vaisseaux profonds de la jambe, de la cuisse, foyers qui se prolongeaient le long des vaisseaux iliaques et sur le courant des vaisseaux lymphatiques pré-vertébraux.

Pour bien faire connaître la forme d'angioleucite profonde naissant spontanément sous l'influence de causes encore ignorées, je vais rapporter l'observation suivante, recueillie à Toulon dans un service de fiévreux dont j'étais alors chargé, par M. Arlaud, chirurgien de la marine.

Obs I. — Le nommé Prat (André), âgé de 25 ans, d'un tempérament lymphatique, fusilier au 5e régiment d'infanterie de marine, entra à l'hôpital le 1er avril 1844, n'offrant aucune trace de plaie, d'inflammation ou de lésions quelconques aux membres. Pendant les deux premiers jours, on n'observa que les phénomènes suivants : céphalalgie intense; rêvasseries; peau brûlante et sèche; soif vive; anorexie; trois selles diarrhéiques; un peu de toux.

L'examen le plus attentif ne permet pas de porter sur la maladie un diagnostic certain. (Saignée de 300 grammes; 24 sangsues aux apophyses mastoïdes; 15 sangsues aux malléoles; diète; limonade; compresses froides sur la tête.)

Les battements du cœur paraissant s'effectuer d'une manière anormale, quant à la violence. (On prescrit la digitale, 6 sangsues à la région précordiale.)

Le 12, une douleur profonde se fait sentir à la cuisse droite, sur le trajet des vaisseaux cruraux. Les ganglions lymphatiques ne roulent pas sous la peau; ils sont tuméfiés. La pression et le mouvement du membre exaltent la douleur.

A cette époque, la toux augmente, la respiration devient moins facile, l'expectoration amène des crachats rouillés, la fièvre s'accroît; et, dans l'idée d'une inflammation pulmonaire, on revient aux sangsues, et l'on prescrit deux potions stibiées à 0,40. Cette médication amène du mieux.

Le 20, la région du pli du bras droit est chaude, douloureuse;

un gonflement considérable envahit le coude, le bras, et s'étend vers l'aisselle. L'inflammation marche avec assez de rapidité pour que, le 30, la fluctuation soit manifeste. Une incision est pratiquée, et donne issue à une grande quantité de pus bien lié.

Pendant ce temps l'inflammation de la cuisse et de la région inguinale fit des progrès; un empâtement étendu se montra dans ces régions ; des frissons apparurent ; la région inguinale se tuméfia ; l'arcade crurale parut soulevée ; la fluctuation devint évidente, et le 20 mai, une incision fut pratiquée au-dessous des ligaments de Fallope, sur le trajet des vaisseaux cruraux.

Les jours suivants, des incisions furent faites à la cuisse et au bras, sur le trajet des artères principales ; il en sortit chaque fois une quantité énorme de pus fétide et mal lié, (Bouillon ; tisane vineuse ; décoction de quinquina ; pansements fréquents.)

Cependant le malade maigrissait à vue d'œil ; ses forces diminuèrent ; l'insomnie fut constante ; la fièvre, avec paroxymes le soir, devint continue; des plaies de position se formèrent ; enfin des sueurs abondantes et une diarrhée colliquative marquèrent les derniers jours de l'existence du malade, qui succomba le 14 juin, deux mois et demi après son entrée à l'hôpital.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort.

Émaciation extrême; adhérences anciennes entre les feuillets des plèvres ; quelques tubercules dans les poumons. Les viscères abdominaux sont sains ; le cœcum et le colon ascendant sont refoulés à gauche par une traînée de pus qui existe dans la fosse iliaque.

Du quart inférieur de la cuisse jusqu'au niveau de la deuxième vertèbre lombaire, les vaisseaux sont entourés de pus ; des traînées purulentes existent sur le trajet des divers courants lymphatiques, qui pénètrent dans le bassin. C'est ainsi que les vaisseaux obturateurs, honteux internes, ischiatiques, sont entourés de ce liquide. Le pus existe en quantité d'autant plus grande, que les courants lymphatiques eux-mêmes sont plus volumineux, comme on le voit aux régions iliaque et lombaire. Le muscle psoas est refoulé; il n'en est pas de même de l'articulation coxo-fémorale. Les fibres de sa capsule sont écaillées. La séreuse est rouge ; sa cavité contient du pus. Les cartilages articulaires sont détruits sur quelques points peu étendus, et le tissu osseux est rouge et rugueux; les muscles circonvoisins sont en partie disséqués.

Au membre supérieur, on trouve du pus sur le trajet des vaisseaux profonds depuis la partie supérieure de l'avant-bras jusque dans l'aisselle. Les muscles sont disséqués au pli du bras; l'articulation huméro-cubitale est ouverte ; les cartilages d'in-

crustation y sont détruits sur quelques points ; elle contient peu de pus.

Aux membres affectés, la peau est adhérente aux aponévroses. Les veines et les artères n'offrent pas de traces d'inflammation ; autour d'eux on cherche vainement des vestiges des vaisseaux lymphatiques.

D'après ce que j'ai dit jusqu'ici, on voit que si le diagnostic de l'angioleucite profonde est facile lorsque cette affection succède à l'angioleucite superficielle, dont les signes sont toujours évidents, il n'en est pas de même quand elle se développe spontanément, sans lésions extérieures, sous l'influence de causes encore inconnues, et que, dans le langage de la pathologie, on désigne sous les noms d'*internes*. C'est à peine si un cortége alarmant de phénomènes généraux, sans expression locale, pourra être considéré comme une induction susceptible de conduire le médecin à porter son attention sur les voies de la circulation lymphatique. Les phénomènes généraux se développent souvent dès le début avec une grande intensité, au point de masquer les phénomènes propres à la lymphite, et de faire croire bien souvent à une phlegmasie du cerveau ou d'un autre viscère important.

Il est ordinairement facile de distinguer l'angioleucite superficielle de la profonde. Les stries rouges, les courants rubanés, les plaques rosées, les noyaux phlegmoneux signalés par M. Velpeau, qui existent dans la première, manquent dans la seconde. Quand celle-ci succède à celle-là, la marche de la maladie et le siége profond des phénomènes consécutivement observés servent à établir le diagnostic différentiel.

Cependant aux membres supérieurs où le courant des lymphatiques superficiels n'est séparé que par une aponévrose mince du courant lymphatique profond, il peut être de prime abord assez difficile de déterminer à laquelle des variétés d'angioleucite on a affaire, surtout quand la profonde succède à la superficielle. Lorsque les lymphatiques profonds sont primitivement enflammés, la face antérieure de l'avant-bras, par exemple, n'est pas parcourue sur tous ses points indistinctement par des stries et des plaques rouges qui appartiennent à l'angioleucite superficielle. C'est à peine si l'on aperçoit des stries semblables parallèlement aux vaisseaux radiaux et cubitaux seulement ; mais le diagnostic n'offre plus d'obscurité lorsque la suppuration s'est établie et que les abcès se forment régulièrement en grains de chapelet, les uns au-dessus des autres, et uniquement sur le trajet des vaisseaux profonds. Je me rappelle avoir fait de nombreuses incisions au membre inférieur d'un homme affecté d'angioleucite profonde,

et ces incisions sur deux lignes à l'avant-bras, sur une ligne unique au bras, traçaient dans leur ensemble la marche des vaisseaux profonds du membre supérieur.

Qnand la suppuration arrive dans l'angioleucite en général, les abcès se forment partout sur le trajet des vaisseaux lymphatiques; or, ceux-ci étant irrégulièrement disséminés dans le plan superficiel et régulièrement placés le long des vaisseaux dans le plan profond, il s'ensuit naturellement que les foyers purulents sont irrégulièrement disposés dans le premier cas, et très-régulièrement dans le second.

Au membre inférieur, le diagnostic est déterminé par la profondeur du lieu où résident les phénomènes morbides, et qui est en rapport avec la profondeur bien différente des deux plans de vaisseaux.

L'érysipèle phlegmoneux a avec l'angioleucite des liens de parenté sous le rapport des *lieux* où sévit le mal, mais en diffère notablement par le *siége* précis. Dans la première affection, le tissu cellulaire est le théâtre de la phlegmasie, qui, dans la seconde, réside dans les vaisseaux lymphatiques. Or, comme partout où il y a des vaisseaux blancs, on rencontre aussi du tissu cellulaire, et que, sur tous les points du corps où ce dernier tissu existe, on trouve le plus souvent des lymphatiques, il en résulte que le diagnostic différentiel s'appuie ici moins sur les localités que le mal atteint, que sur le siége, les symptômes et la marche de la maladie.

L'érysipèle phlegmoneux ne saurait être confondu avec la lymphite superficielle; car on y chercherait vainement les stries rouges, les courants rubanés, les plaques rosées, qui caractérisent l'angioleucite.

La distinction n'est pas aussi facile pour la lymphite profonde; cependant si l'on réfléchit que, dans cette dernière affection :

1° Le mal n'envahit le plus souvent, longtemps au moins, qu'un seul côté du membre, celui qui correspond aux courants principaux des vaisseaux profonds;

2° Que le pus suit invariablement les grands courants lymphatiques;

3° Que le tissu cellulaire ne se détache pas en lambeaux sphacelés;

4° Que les muscles ne sont qu'imparfaitement disséqués;

5° Que la peau rarement enflammée a bien moins de tendance à s'ulcérer, à s'isoler de l'aponévrose, à se gangrener.

Le praticien distinguera aisément l'angioleucite de l'érysipèle

phlegmoneux, qui offre des phénomènes contraires en tous points, puisque dans cette affection :

1° Tous les côtés du membre sont bientôt pris indistinctement :

2° Que le pus est irrégulièrement disséminé sur tous les points du membre ;

3° Que le tissu cellulaire se détache en vastes lambeaux mortifiés ;

4° Que les muscles sont complétement disséqués par la destruction de ce tissu ;

5° Que la peau ordinairement enflammée se détache des aponévroses, s'ulcère, se gangrène aisément.

Comme trait caractéristique des deux affections, je signalerai aussi la rapidité plus grande de l'inflammation, dans la lymphite, que dans l'érysipèle phlegmoneux. Tout le monde sait qu'en peu d'instants tout un membre est souvent pris d'angioleucite, et qu'il n'en est jamais ainsi de l'érysipèle phlegmoneux, quelle que soit d'ailleurs la rapidité de sa marche.

Enfin, la progression des deux affections est essentiellement différente : l'érysipèle phlegmoneux suit une marche régulièrement ascendante, tandis que l'angioleucite, qui procède au fond de la même manière, s'en distingue en déterminant sur des points éloignés d'un membre des phénomènes morbides graves, des foyers purulents par exemple, séparés par de grands intervalles de parties presque saines.

La phlébite a, dans quelques circonstances, été confondue avec l'angioleucite, au membre supérieur surtout. M. Velpeau différencie la phlébite de la lymphite superficielle de la manière suivante : « Dans la phlébite il existe des rayons rouges inégaux, mais ils reposent sur un cordon volumineux et dur ; dans l'angioleucite, cette dureté n'existe pas, parce que les vaisseaux sont petits et ne s'indurent pas ; c'est ce qui m'a fait poser cette sorte d'aphorisme : l'*angioleucite se voit et ne se sent pas ; la phlébite se sent plutôt qu'elle ne se voit.* De telle façon qu'en fermant les yeux on peut distinguer ces deux affections. » (*Gazette des hôpitaux*, 1847, p. 532).

Indépendamment de ces signes locaux que j'accepte sans les contrôler, sur la foi du célèbre professeur de la Charité, ces deux affections sont également bien différenciées aussi par d'autres phénomènes locaux et généraux, surtout quand il y a angioleucite profonde.

Dans la phlébite, à moins qu'elle ne soit adhésive, le pus ne s'amasse pas en foyers ; à peine formé, il est entraîné par le

sang, qu'il infecte, et de là les phénomènes spéciaux et graves de l'infection purulente. Dans l'angioleucite, le pus s'amasse en foyer, ne circule pas avec la lymphe, à cause des entraves qu'apportent à son libre cours l'adhésion fréquente des petits vaisseaux, les ganglions qu'ils traversent, et de là un ordre différent de symptômes généraux. Dans la première de ces deux affections, les phénomènes morbides de l'ensemble de l'organisme l'emportent donc sur les symptômes locaux, tandis que dans la seconde, les symptômes locaux l'emportent sur les phénomènes de l'ensemble de l'organisme. Dans la phlébite, le mal d'abord local est suivi de troubles généraux ; dans la lymphite, ces derniers précèdent la localisation du mal.

Maintes fois cependant, après l'opération de la phlébotomie, quand la plaie s'est enflammée, que le bras et les gonglions axillaires se sont énormément tuméfiés, que des abcès ont été ouverts sur la face interne du membre et dans l'aisselle, qu'une apparence fébrile considérable n'a cessé d'exister, on a cru avoir affaire à une phlébite, tandis qu'il n'existait en réalité qu'une angioleucite. En preuve de cette assertion, je vais rapporter l'observation suivante, recueillie dans mon service par M. Gueit, chirurgien de la marine.

Obs. II. — Bouquinet (François), âgé de 25 ans, matelot de troisième classe à bord du vaisseau *le Souverain*, entré à l'hôpital de Toulon le 21 janvier 1843, avait été placé dans une salle de fiévreux, à cause de l'ensemble des phénomènes qu'il présentait et de l'éruption encore indéterminée qu'on observait sur sa peau. (Diète ; saignées du bras droit ; sangsues aux mastoïdes, etc.).

Le 27, la plaie de la phlébotomie s'enflamma, et de vives douleurs se firent sentir dans le bras correspondant. Bientôt le gonflement devint considérable, accompagné de chaleur et de rougeur ; la plus légère pression était intolérable.

Le 29, les phénomènes inflammatoires, jusque-là bornés à l'aisselle, franchirent cette région.

Le 30, un abcès sous-aponévrotique est ouvert à la partie inférieure et interne du bras. Le 2 février, deux autres abcès, situés l'un au-dessus de l'autre, sont encore ouverts sur le trajet de l'artère humérale. Ces incisions n'ayant amené qu'un soulagement momentané, le malade fut évacué dans un service de blessés, comme atteint de *phlébite*.

Le 8, Bouquinet était dans l'état suivant : gonflement du bras, de l'aisselle, remontant jusqu'à la clavicule droite ; rougeur diffuse de ces parties ; stries et plaques rouges ; courants rubanés

à la région antibrachiale ; trois incisions en chapelet sur le trajet de l'artère brachiale ; suppuration abondante ; décollement sous-aponévrotique ; fièvre ; délire par intervalles ; selles liquides.

On pratique trois nouvelles incisions en dehors du biceps, dans le creux de l'aisselle et sous la clavicule, qui donnent issue à un pus sanieux, de mauvaise nature. (Bouillon ; tisane de riz ; décoction de quinquina ; lavement.)

Les jours suivants, le gonflement et la rougeur des parties disparaissent.

Le 17, le pus change de nature; les plaies de la face interne du bras sont réunies en une seule par l'incision des ponts cutanés qui les séparent. Leur surface, partout grisâtre jusqu'alors, commence à rougir. La fièvre diminue ; les rêvasseries disparaissent; les selles reprennent leurs qualités normales. On continue les injections d'eau chlorurée dans les plaies. Quelques stries rouges et des plaques isolées sont observées sur le dos de la main et la face interne de l'avant-bras. L'affection, après s'être développée d'une manière ascendante et dans la direction du cours de la lymphe, ce qui est l'ordinaire, s'est donc ensuite propagée à la main, en sens inverse de la direction de la circulation lymphatique, marche qui toutefois n'est pas absolument rare.

A partir de cette époque, chaque jour amena une amélioration notable ; les phénomènes de réaction s'amoindrirent et cessèrent; les plaies, devenues vermeilles, donnèrent toujours moins de pus, mais le gonflement demeura longtemps stationnaire ; enfin les plaies se cicatrisèrent, et il ne resta plus au malade qui sortit de l'hôpital le 24 avril, qu'une certaine roideur dans le membre et un peu d'œdème à la main.

L'observation qu'on vient de lire démontre jusqu'à l'évidence l'erreur du diagnostic porté en premier lieu. La saignée n'a pas provoqué ici une phlébite, mais bien une angioleucite superficielle, qui s'est étendue bientôt aux lymphatiques profonds.

L'angioleucite profonde est une affection redoutable qui se termine souvent par la mort, quand elle débute spontanément, sans lésions extérieures. Lorsqu'au contraire elle succède à la lymphite superficielle, l'art intervient ordinairement avec efficacité, mais l'affection n'en conserve pas moins un haut degré de gravité.

Quand la guérison doit avoir lieu, le mal se limite, les ganglions lymphatiques reviennent à leur état normal, la suppuration diminue, les décollements disparaissent, la cicatrisation a lieu, et il reste dans les membres de la roideur dans les muscles,

de la gêne dans les mouvements, et un œdème qui est quelquefois long à se dissiper.

Quand l'issue de la lymphite a été funeste, l'autopsie révèle les altérations dont j'ai déjà parlé et sur lesquelles j'aurai occasion de revenir, dans la dernière observation de ce Mémoire, telles que : abcès isolés, traînées purulentes sur le trajet des gros vaisseaux lymphatiques, qui sont détruits ou dont on ne trouve plus que de faibles traces, destruction partielle du tissu cellulaire, dissection incomplète des muscles, inflammation des articulations voisines des foyers purulents, érosion et destruction de leurs cartilages ; souvent les articulations contiennent du pus ; ramollissement du périoste ; dénudation des os, dont la surface dépolie présente des plaques rugueuses, irrégulières, liées entre elles par des stries inégales appréciables à l'œil et au toucher, de telle sorte qu'en comparant ces altérations à celles qu'offrent les vaisseaux lymphatiques sous-cutanés, on dirait une angioleucite superficielle des os. Les cavités médullaires des os sont enflammées et contiennent du pus. Si, comme les beaux travaux de Mascagni sur les vaisseaux blancs tendent à le faire supposer, des lymphatiques existent dans les os et leurs cavités, nous aurons mis en relief les rapports de l'ostéite avec l'inflammation des lymphatiques du tissu osseux. Enfin on observe des abcès métastatiques, dans les organes parenchymateux, quand il y a eu résorption purulente.

Je ne terminerai pas ces courtes considérations d'anatomie pathologique sans rapporter l'opinion suivante de M. Jobert (de Lamballe) : « On sait que le premier effet de l'inflammation des vaisseaux lymphatiques est la coagulation de la lymphe. Le plus ordinairement ce caillot lymphatique diminue, est absorbé et le vaisseau conserve son calibre. Quelquefois la partie la plus fluide du coagulum est absorbée, la partie solide se condense en adhérant aux parois, et oblitère ainsi les vaisseaux. D'autres fois enfin, mais plus rarement, la lymphe s'accumule en divers points, distend les parois des vaisseaux, se coagule et adhère à celles-ci; puis ces coagulum, au lieu de disparaître complétement ou de se condenser, se ramollissent du centre à la circonférence et fournissent du pus.

De là résultent en divers points et sur tout le trajet des vaisseaux lymphatiques de véritables abcès. » (*Gazette des Hôpitaux*, 1847, p. 4.)

Le traitement de l'angioleucite profonde doit solliciter les méditations des chirurgiens, d'abord parce qu'il laisse beaucoup à désirer, ensuite parce que, commençant à l'emploi des émollients

les plus simples, il me paraît susceptible de finir à la désarticulation des membres. Les évacuations sanguines générales et locales de toute espèce, les cataplasmes divers, les bains, la compression méthodique, les onctions mercurielles et autres, les exutoires, les cautérisations, les simples enveloppes de coton, les incisions multiples, aidées des moyens compressifs, les injections de teinture d'iode, d'eau chlorurée, de vin aromatique, de nitrate d'argent, de chloroforme, etc., etc., sont dans la ligne des moyens que l'on peut conseiller d'associer aux conditions d'une alimentation convenable et d'une sage hygiène. Par ces moyens, on parvient assez souvent à obtenir la guérison de la maladie. J'ai sous les yeux l'observation d'un homme âgé de 27 ans, qui entra dans mon service le 14 juin 1844, atteint d'angioleucite superficielle du membre inférieur droit. L'inflammation gagna bientôt les lymphatiques profonds. Les antiphlogistiques, les émollients, les pommades résolutives, la compression, furent vainement employés, la suppuration eut lieu ; elle envahit tout le membre, sur lequel on pratiqua, dans le mois de juillet, trente-cinq incisions superficielles ou profondes, grandes ou petites. Les toniques à l'intérieur et des pansements méthodiques amenèrent enfin la guérison. Un fait qui mérite d'être noté, c'est que toutes ces incisions, cinq exceptées, furent faites sur la face interne de la jambe et de la cuisse, depuis la malléole tibiale jusqu'au-dessous des ganglions inguinaux, où le mal s'était arrêté. Ces ganglions n'avaient pas été atteints d'inflammation suppurative. Les cinq autres incisions correspondaient à la face externe de l'articulation fémoro-tibiale, au côté externe et inférieur de la cuisse. Enfin, comme particularité pouvant servir à l'histoire générale de l'angioleucite, je dois ne pas négliger de dire que, deux ans avant son entrée à l'hôpital militaire de Toulon, ce même malade avait été traité à l'hôpital militaire de la marine de Brest, dans le service de M. le professeur Duval, d'une angioleucite du membre abdominal gauche, et pour laquelle une vingtaine d'incisions avaient été pratiquées. J'extrais ces détails de l'observation recueillie dans mes salles et au lit du malade par M. Arlaud, que j'ai déjà cité.

Mais, je le demande, quand les moyens que j'ai indiqués plus haut sont impuissants, que la suppuration intarissable a tellement affaibli le malade, que l'organisme paraît ne pouvoir résister longtemps encore à cette cause de dépérissement, faut-il recourir à l'amputation ? C'est là une question grave, qui n'a pas été soulevée encore à propos de l'angioleucite, à moins qu'on ne rapporte à des faits qui se rattachent à cette inflammation les cas

de longues suppurations des membres, dont les auteurs ont jusqu'ici rattaché le siége à la phlegmasie de tissus différents, à celle du tissu cellulaire, par exemple.

Dans un système général, comme dans le système des vaisseaux lymphatiques, où toutes les parties sont si étroitement liées les unes aux autres que l'irritation d'un point périphérique est immédiatement ressentie par les parties éloignées et centrales, dans lequel les maladies qui suivent la direction du fluide, qui la parcourt, semblent, sous quelques rapports, se propager avec la rapidité même de ce fluide, il paraît bien difficile de pouvoir arrêter et guérir par l'amputation un mal dont la localisation est si incertaine. Cependant, si l'on réfléchit que les ganglions placés sur le courant des lymphatiques arrêtent pendant un temps les progrès de l'inflammation, la circonscrivent et l'enserrent pour ainsi dire dans les parties du membre situées au-dessous d'eux, on comprendra que le sacrifice du membre puisse pendant ce temps offrir des chances de succès que l'expectation est loin de présenter. Je n'oserais même pas affirmer que, dans le cas où l'amputation serait pratiquée seulement au-dessus des principaux foyers de la suppuration, le traumatisme qui en résulte fût incapable d'apporter d'heureuses modifications à l'inflammation des vaisseaux blancs situés entre les ganglions et le point du membre amputé. Cette dernière présomption, en ce qui a trait à l'angioleucite des vaisseaux superficiels, reçoit de l'observation suivante un commencement de démonstration.

(*La suite à un prochain numéro.*)

MÉDECINE OPÉRATOIRE. — 15. *Deux observations de croup traité avec succès par la trachéotomie, avec quelques remarques ;* par le docteur LALOY, médecin à Belleville.

(Archives générales de médecine, mai 1849.)

Je crois devoir répondre à l'appel fait à ses confrères par M. le docteur Vauthier, dans un Mémoire dans lequel, à propos de la trachéotomie, il témoigne le regret qu'un plus grand nombre de cas de guérison du croup par cette opération n'ait pas été publié.

Les deux observations qui vont suivre datent de plus de trois ans ; les deux enfants vivent encore, par conséquent ce sont deux succès aussi complets que possible. Quant à savoir si c'était bien deux cas de croup vrai que j'ai eu à combattre, je pense que les détails avec lesquels les deux observations sont rapportées ne laisseront aucun doute à cet égard.

La trachéotomie dans le croup, après avoir été l'objet de controverses animées, a été admise enfin comme une conquête de

la chirurgie. Pour beaucoup de praticiens, cette conquête est un moyen héroïque appelé à rendre les plus grands services à l'humanité. D'autres ne lui accordent pas une valeur aussi grande, et, comme M. Vauthier (*Mém. cité*), considèrent la trachéotomie comme une planche de salut, un moyen extrême, qu'on ne doit employer que quand tous les autres ont échoué et que le pronostic est désespéré.

La trachéotomie étant admise comme pouvant sauver le malade atteint de croup, à quelle époque de la maladie aura-t-elle plus de chances de réussite ? Voilà la question la plus importante, mais aussi la plus difficile à résoudre pour le praticien, d'autant plus difficile que les maîtres de la science sont loin d'être d'accord sur cette question. Caron regarde volontiers la trachéotomie comme le seul traitement efficace contre le croup. MM. Bretonneau et Trousseau pensent qu'on doit opérer de bonne heure, M. Trousseau (*Dict. de méd.*, 2e édit., t. X, art. *Croup*) dit qu'il faut opérer le plus tôt possible, c'est-à-dire dès qu'on a acquis la certitude qu'il existe de fausses membranes dans le larynx, et avant qu'elles aient envahi la trachée et les bronches. M. Guersant (même article) ne conseille pas d'opérer d'aussi bonne heure, il dit qu'il faut le faire quand la maladie est arrivée à sa troisième période, et insiste surtout pour qu'on n'attende pas que le malade soit trop affaibli.

MM. Billiet et Barthez (*Malad. des enfants*) empruntent tout ce qu'ils disent de la trachéotomie au Mémoire de M. Trousseau, sans émettre d'opinion personnelle. M. Barrier (*Malad. de l'enfance*, 2e édition, t. I) serait tenté de se ranger à l'opinion de M. Trousseau, mais il ne pense pas que l'état de la science permette encore de fixer l'époque où il faut opérer, et dit qu'il faut abandonner cette appréciation au tact de chaque praticien. Enfin les auteurs du *Compendium de médecine* combattent ouvertement l'opinion de M. Trousseau, et sont d'avis qu'il ne faut opérer qu'après avoir épuisé les autres médications.

Ayant cité d'abord l'opinion de M. Vauthier, je n'y reviendrai pas, je ferai seulement observer que c'est la plus diamétralement opposée à celle de M. Trousseau.

En résumé, à quelle période de la maladie doit-on opérer ? telle est la question qui se présentera toujours, de prime abord, à l'esprit du praticien appelé à traiter un cas de croup. Jusqu'à ce qu'un assez grand nombre d'opérations faites de bonne heure, comme le dit M. Barrier, soient venues démontrer que la réussite est d'autant plus assurée qu'on opère plus près du début de la maladie, et jusqu'à ce qu'il soit prouvé, de plus, que, prati-

quée ainsi de bonne heure, l'opération offre plus de chances favorables que toutes les autres médications, la question restera livrée au discernement de chaque praticien.

Pour moi, qui ai eu le bonheur de réussir dans les deux seules opérations de trachéotomie que j'aie pratiquées, cette opération est une précieuse conquête de la chirurgie, et je suis très-porté à admettre que, si l'on peut et l'on doit tenter quelque autre médication au début de la maladie, il faut bien aussi se garder de trop attendre, d'une part, que la maladie se soit étendue aux bronches, d'autre part, que le malade ait perdu ses forces. Car il suffit, je crois, d'avoir été témoin de la lutte affreuse qui s'engage au moment où, la trachée étant ouverte, le sang s'y précipite, entraîné par l'air, en plus ou moins grande abondance, et ajouté aux mucosités et aux lambeaux de fausse membrane qui souvent se sont détachés, rend l'asphyxie imminente, et fait craindre à chaque instant à l'opérateur de voir le malade succomber dans ses mains ; il suffit, dis-je, d'avoir été témoin une fois de ce spectacle, pour avoir acquis la conviction que le malade ne peut sortir victorieux de cette lutte qu'à la condition d'avoir conservé assez de forces pour rejeter au dehors, par de puissants efforts d'expiration et de toux, ce sang et ces mucosités qui menacent de suspendre complètement la respiration.

La trachéotomie aura donc d'autant plus de chances de ré site, qu'elle sera pratiquée chez un sujet qui aura conservé une plus grande somme de forces : voilà une proposition qui me paraît incontestable.

La trachéotomie n'est pas par elle-même une opération grave : tous les praticiens sont d'accord sur ce point, et le succès presque constant, que l'on obtient dans la trachéotomie pour des corps étrangers, le prouve suffisamment. Donc, quand les malades succombent après l'opération, ce n'est pas elle qui les fait mourir. Les malades succombent parce que les fausses membranes ont envahi la totalité ou la presque totalité de l'arbre bronchique ; parce que les poumons sont engoués, hépatisés même, et qu'ils ne sont plus perméables à l'air, quelque grande et libre que soit l'ouverture que l'on a pratiquée pour lui livrer passage. A ces causes de mort, viennent s'ajouter souvent les convulsions, par suite de l'afflux, vers les centres nerveux, d'un sang qui n'a pas subi une hématose convenable.

En résumé, les sujets atteints du croup, qui succombent, meurent avec tous les phénomènes de l'asphyxie, soit qu'ils n'aient pas été opérés, soit qu'ils l'aient été trop tard. Dans ce dernier

cas, ce qui arrive est absolument identique à ce que l'on observe dans les cas d'asphyxie par le charbon : si l'on arrive trop tard, c'est en vain qu'on ouvre toutes les issues, qu'on procure au patient un air pur ; quoiqu'il respire encore, il succombera, parce que les poumons sont trop engoués et ne sont plus suffisamment perméables à l'air.

Si donc la cause de la mort n'est jamais ou presque jamais l'opération ; si cette cause réside évidemment dans l'extension de la maladie jusqu'aux dernières ramifications bronchiques et dans l'asphyxie subséquente, tous les efforts du praticien doivent tendre à prévenir ce résultat, à empêcher cette extension de la maladie jusqu'aux poumons.

Est-on toujours sûr d'éviter ce danger par les différentes médications internes? Non malheureusement, quoique cependant ces médications comptent de beaux et incontestables succès. Serait-on plus sûr d'atteindre ce résultat en opérant de bonne heure, quand la maladie est encore bornée au larynx ou au plus à la trachée, quand les poumons sont encore parfaitement intacts, quand l'hématose se fait encore complétement ? C'est là la question délicate, dont un plus grand nombre d'observations amènera plus tard la solution complète, et je crois que la question sera résolue dans le sens de l'opinion de M. Trousseau, auquel alors on reconnaîtra le mérite d'avoir devancé ses contemporains dans l'appréciation exacte des services que la trachéotomie pouvait rendre à l'humanité.

Il y a un point, dans cette question du croup, qu'il ne faut pas oublier, et sur lequel on ne saurait trop s'appesantir, c'est que le grand danger du croup n'est pas dans le croup lui-même borné au larynx ou même ayant envahi la trachée ; mais que le danger réel est d'abord dans l'occlusion du larynx, dans l'obstacle mécanique au passage de l'air, puis plus tard à la transmission de la maladie aux bronches jusqu'à leurs dernières ramifications, et c'est, arrivée à ce point, que la maladie devient décidément mortelle en déterminant l'asphyxie. Tant que les poumons sont sains, que les bronches sont libres, le peu d'air qui franchit le larynx permet encore à la respiration de se faire assez complétement pour que l'hématose s'accomplisse ; mais quand les fausses membranes sont parvenues jusqu'à l'extrémité des dernières ramifications bronchiques, alors les poumons cessent d'être perméables à l'air, en quelque quantité qu'il soit inspiré, grande ou petite. De là les résultats si différents de la trachéotomie faite d'assez bonne heure ou faite à la dernière extrémité. Faite de bonne heure, elle réussira le plus souvent,

parce que l'obstacle au passage de l'air n'existera encore que dans le larynx, et que, l'ouverture étant faite au-dessous de l'obstacle, l'air pourra librement pénétrer dans les poumons, la trachée et les grosses bronches, fussent-elles envahies par les fausses membranes. Pratiquée trop tard, elle échouera presque constamment, parce qu'alors le principal obstacle ne sera plus au larynx, mais à l'extrémité des petites bronches, c'est-à-dire au-dessous de l'ouverture qu'on aura pratiquée, entre celle-ci et les vésicules où doit pénétrer l'air pour accomplir l'hématose.

Mais, pourra-t-on m'objecter, votre explication n'envisage que le côté mécanique de la maladie, et laisse de côté la question vitale, la question morbifique qui amène la production de fausses membranes; elle laisse supposer que la trachéotomie est un remède spécifique contre l'extension de la fausse membrane aux bronches; que, cette opération étant faite de bonne heure, tout est terminé, et que la fausse membrane cesse de s'étendre comme par enchantement. Loin de moi cette idée exclusive et absurde; je suis persuadé, au contraire, que la trachéotomie n'a aucune influence directe sur le principe morbifique du croup, et que, bornée au larynx au moment de l'opération, la fausse membrane continuerait à s'étendre jusqu'aux bronches, si on ne s'y opposait pas par une médication convenable, médication dont je n'ai point à discuter ici les moyens. Cependant je dois dire en passant que la cautérisation du larynx et de la trachée, sagement employée, me paraît le moyen le plus convenable, le plus sûr et le plus prompt d'atteindre ce but.

Je le reconnais donc, la trachéotomie n'a pour résultat immédiat que de permettre le libre accès de l'air dans les poumons; aussi c'est là le point capital pour la guérison. Que feront nos vomitifs, nos révulsifs, nos altérants, si notre malade meurt asphyxié avant que ces moyens aient eu le temps d'agir pour changer le mode de vitalité des parties malades? Certainement on peut guérir le croup, on peut changer le mode vicieux de vitalité qui produit les fausses membranes; mais pour cela il faut que les malades vivent assez longtemps, et vivent complétement, c'est-à-dire respirent assez facilement pour que l'hématose se fasse bien, et entretienne les forces vitales dont l'organisme aura besoin pour réagir, à un temps donné, sur le principe morbide, car, si je ne me trompe, la guérison du croup n'arrive pas autrement.

Pour me résumer, je dirai que si, dans l'état actuel de la science, l'extrême prudence n'autorise pas à opérer dès le début, avant d'avoir tenté les médications qui comptent aussi des succès,

il faudrait bien se garder d'attendre trop longtemps ; il faudra suivre avec grande attention les progrès de la maladie, l'état des forces du malade, l'état du pouls principalement, mais par-dessus tout il faudra apporter l'attention la plus soutenue et la plus incessante à l'état des poumons, ausculter plusieurs fois par jour tous les points de la poitrine ; et aussitôt que l'on sentira la respiration s'embarrasser notablement, opérer sans retard, sous peine de voir les chances de réussite diminuer d'instant en instant.

Je vais rapporter maintenant les deux seules opérations de trachéotomie que j'aie faites, et qui toutes deux ont été couronnées de succès.

Obs. I. — Le 20 septembre 1845, à 5 heures du matin, on amena chez moi le jeune Fauvet, âgé de 7 ans, demeurant chez son père, rue du Pré, n° 4, à Belleville. L'aspect de cet enfant, l'aphonie complète dont il était atteint, le timbre très-caractéristique de sa toux, me convainquirent immédiatement de la gravité de son affection. Comme il demeurait tout près de moi, je le renvoyai de suite, recommandant qu'on le couchât, et je me rendis chez lui presqu'aussitôt pour l'examiner plus à mon aise, sans craindre qu'il se refroidît. On m'apprit alors que le 14, étant allé à une inhumation à Paris avec son père, il se plaignit de malaise en rentrant et ne mangea pas. Le lendemain, il accusa un peu de mal de gorge, qui augmenta les jours suivants, s'accompagnant d'un peu de toux. Le 17, la voix et la toux devinrent rauques. Le 19, les symptômes avaient augmenté, et l'aphonie était presque complète. Les parents, qui jusque-là avaient abandonné le mal à lui-même, le conduisirent chez un pharmacien, qui conseilla du sirop d'ipécacuanha ; il y eut quelques vomissements, mais pas de soulagement.

Au moment où je l'examinai, le 20 au matin, il présentait l'état suivant : figure exprimant l'anxiété, regard fixe, conjonctives injectées ; respiration pénible, sifflante ; aphonie complète ; toux fréquente, quinteuse, rauque, avec un timbre métallique prononcé. L'exploration de la gorge me permit de constater un gonflement assez considérable des amygdales, surtout de la droite ; un ou deux points grisâtres, de la dimension d'une petite lentille, s'y faisaient remarquer ; les piliers, le voile du palais et la luette, ne présentaient qu'une rougeur vive ; la postérieure du pharynx était d'un rouge vif, sans aucune trace d'exsudation ; la peau était chaude, le pouls fort et fréquent. L'auscultation ne me démontra aucune trace de pneumonie, mais on entendait dans presque tous les points un râle sibilant très-prononcé. Je

diagnostiquai l'existence du croup ; j'en avertis les parents, leur faisant connaître toute la gravité de cette affection. — *Médication.* 10 sangsues sur les côtés du larynx, émétique 5 centigr. dans un verre d'eau pris en deux fois à dix minutes d'intervalle, cataplasmes sinapisés aux extrémités inférieures, eau de mauve.

A six heures du soir, l'enfant allait beaucoup plus mal, la suffocation paraissait imminente, la figure était pâle, recouverte d'une sueur froide, les yeux hagards, agitation continuelle, pouls à 120, fort. Les sangsues n'avaient été mises qu'à une heure, et six seulement avaient pris ; les vomissements avaient été peu abondants. — 10 sangsues sur le devant du larynx, émétique 15 centigr. dans un verre d'eau par cuillerées à bouche de cinq en cinq minutes, sinapismes.

A dix heures du soir, mieux sensible, respiration calme, assez facile, toux moins fréquente, aphonie toujours complète ; les sangsues avaient bien pris et saigné abondamment, elles saignaient même encore ; les vomissements avaient été nombreux et abondants. Je ne pus les voir, on les avait jetés ; mais le père, ouvrier très-intelligent, me dit n'avoir rien remarqué dedans qui ressemblât à de fausses membranes, d'après la description que je lui en fis. Peau douce, halitueuse ; pouls moins fréquent.

Le 21. La nuit avait été bonne, sommeil calme une partie de la nuit. Le matin, la figure de l'enfant avait repris une certaine gaieté, respiration assez facile, mais toujours aphonie et toux métallique, pouls à 100 et quelques pulsations. — Pédiluve sinapisé, 15 centigr. d'émétique administré comme la veille, boissons chaudes ; diète.

Le 22. La journée du 21 s'était passée assez bien ; mais dans la nuit tous les symptômes avaient reparu avec toute leur intensité. L'émétique avait produit peu de vomissements, mais des selles abondantes ; les deux points grisâtres qui existaient sur l'amygdale droite avaient presque complétement disparu, il ne s'en était pas formé d'autres ; pouls plein, dur et fréquent, 120 — 10 sangsues sur le larynx ; 2 grammes de poudre d'ipécacuanha dans un verre d'eau, par cuillerées à bouche de cinq en cinq minutes.

A six heures du soir, on vint me chercher, mais je ne pus voir le malade qu'à huit heures. Malgré les sangsues, des vomissements et des selles abondantes, les symptômes avaient marché avec une effrayante rapidité, la suffocation était portée au plus haut point, les muscles inspirateurs se contractaient convulsivement ; le petit malade, assis dans son lit, tenait son matelas de chaque main pour aider aux efforts d'inspiration au moyen de ce

point d'appui ; la respiration bruyante s'entendait à distance, la toux peu fréquente avait un timbre métallique extrêmement prononcé ; la figure était pâle, couverte de sueur ; les yeux saillants, hors des orbites, exprimaient la frayeur ; le pouls était assez fort.

L'auscultation ne me fit reconnaître aucun point de pneumonie.

Que faire en présence d'un danger aussi imminent ? Revenir aux vomitifs, employer les mercuriaux, cautériser la gorge ? J'avoue que tous ces moyens me paraissaient incapables d'arrêter la violence des symptômes et surtout l'asphyxie imminente. Un seul moyen me paraissait susceptible d'arracher cet enfant à la mort, c'était la trachéotomie, pourvu qu'elle fût pratiquée, le soir même, car évidemment pour moi, si j'attendais au lendemain, l'enfant serait mort ou tellement épuisé que l'opération n'aurait plus aucune chance de réussir.

Je me décidai donc à opérer ; mais avant je fis part au père de mes craintes et de mes espérances, du danger de mort à peu près certaine pour son enfant si on ne l'opérait pas, et des quelques chances que présentait l'opération. Cet homme intelligent me comprit, et me dit de faire comme je le jugerais à propos. N'ayant pas de canule, je préparai un bout de sonde élastique du plus gros calibre, pour y suppléer jusqu'au lendemain.

Je pratiquai la laryngo-trachéotomie par le procédé ordinaire. Au moment de leur section, les veines thyroïdiennes donnèrent beaucoup de sang qui se précipita en grande quantité avec l'air dans la trachée au moment de son incision. Heureusement l'enfant, naturellement vigoureux, avait conservé assez de force pour faire de violents efforts d'expiration et expulser une partie de ce sang pendant que j'écartais les lèvres de la plaie ; néanmoins il en était entré une telle quantité en quelques secondes, que je craignis un instant de voir l'enfant suffoqué périr dans mes mains. Je n'hésitai pas alors à appliquer mes lèvres sur la plaie et à aspirer fortement le sang contenu dans la trachée et les bronches. Cette manœuvre, répétée à deux reprises, me remplit chaque fois la bouche de sang et eut un plein succès ; la respiration devint plus calme, plus régulière, et par suite du rétablissement de la respiration, le sang cessa de couler des veines thyroïdiennes. Le petit malade eut alors une syncope, mais dont il revint promptement par quelques aspersions d'eau froide. Pendant les efforts violents d'expiration qui avaient eu lieu, une portion de fausse membrane se présenta à l'ouverture de la trachée, et je pus la saisir et l'entraîner ; une autre portion se présentait derrière elle, mais une inspiration la refoula avant que j'eusse pu la

saisir, et elle ne reparut plus. La respiration étant redevenue calme et facile, je songeai établir le bout de sonde qui, jusqu'au lendemain, devait servir de canule ; son introduction occasionna de violentes quintes de toux, mais enfin tout rentra dans l'ordre.

Le 23. Six heures du matin. La nuit fut calme, l'enfant dormit deux ou trois heures ; beaucoup de mucosités furent rejetées par la sonde, qui, du reste, ne fut pas obstruée. J'avais bien recommandé au père de venir me réveiller s'il voyait la moindre gêne à la respiration. Je trouvai l'enfant avec une figure souriante, la respiration était régulière et facile. Je laissai encore la sonde jusqu'à l'arrivée de la canule, que j'avais envoyé chercher dès le matin chez M. Charrière. A neuf heures, je procédai à ce changement ; je retirai la sonde et introduisis immédiatement le dilatateur ; alors j'écouvillonnai la trachée à deux ou trois reprises avec l'éponge montée sur une baleine flexible. Cette manœuvre entraîna une certaine quantité de mucosités, et provoqua surtout des quintes de toux qui en expulsèrent une très-grande quantité ; ces mucosités étaient très-épaisses, d'un blanc opaque, semblables à du blanc d'œuf à moitié coagulé par la chaleur, mais je ne remarquai dedans aucune portion de fausse membrane comme celle que j'avais retirée au moment de l'opération. Je procédai ensuite à la cautérisation de la trachée, avec une seconde éponge imbibée d'une solution de nitrate d'argent (1 gr. de nit. dans 6 gr. d'eau), et que je fis pénétrer à la profondeur de 8 à 10 centimètres. J'introduisis alors la double canule emboîtée, que je fixai autour du cou avec deux cordons. L'enfant supporta toutes les manœuvres avec beaucoup de courage et de patience. — Diète, tisane de mauve.

La journée se passa bien, d'abondantes mucosités furent expulsées par la canule. Le soir, pouls à 115. La nuit fut agitée par de fréquentes quintes ; au milieu de la nuit, la respiration devint gênée, et le père, qui ne quittait pas son enfant, retira très-adroitement la canule interne, pensant qu'elle était obstruée, et en effet la respiration s'établit aussitôt.

Le 24 au matin, l'enfant était aussi bien que possible, la respiration facile, la toux moins fréquente, le pouls à 112.

Au milieu de la journée, il fut pris de suffocation ; l'air ne passait que très-difficilement par la canule, qui cependant ne paraissait pas obstruée. En effet, l'ayant retirée, je la trouvai libre ; j'introduisis alors l'écouvillon avec quelques gouttes d'eau dans la trachée, il s'ensuivit de violents efforts de toux qui amenèrent à l'ouverture une fausse membrane que je pus saisir et ramener à l'extérieur ; elle avait 4 à 5 centimètres de longueur,

était d'une couleur blanc-grisâtre, assez épaisse et assez résistante. Je cautérisai de nouveau et remis en place la canule. — Un petit potage, un peu de bouillon de veau. — Le ventre est libre. L'auscultation de la poitrine me démontra que les poumons étaient dans un état parfait. La nuit fut bonne, sommeil.

Le 25. Le gonflement des environs de la plaie avait diminué, ainsi que la fièvre. J'essayai de boucher momentanément la canule, mais je vis qu'il ne passait que très-peu d'air par le larynx et que la respiration devenait immédiatement très-pénible. Au milieu de la journée, la canule fut enlevée, j'écouvillai avec quelques gouttes d'eau, et je ramenai beaucoup de mucosités avec de nombreux débris de fausses membranes, mais de petite dimension. La partie postérieure de la trachée, correspondant à la plaie, présentait encore une couleur tout à fait grisâtre, sans aucun point rosé ; la plaie elle-même s'était recouverte sur les deux lèvres d'une fausse membrane qui lui donnait un aspect tout à fait semblable à celui de la trachée-artère que je viens de signaler. Les amygdales et le pharynx ne me présentèrent rien à noter ; la rougeur était moins vive, et le malade avalait avec facilité. Je cautérisai, comme les jours précédents, la trachée et les lèvres de la plaie ; les cautérisations étaient peu douloureuses et bien supportées. — Deux potages, bouillon de veau.

Le 26. État très-satisfaisant. Le petit malade, qui est très-intelligent et trouvait très-bien moyen de se faire comprendre par signes, me fit entendre que l'air passait un peu plus par la bouche, et je vis suinter à l'angle supérieur de la plaie, au-dessus de la canule, un liquide clair, transparent, mêlé de bulles d'air, et tout à fait semblable à celui qu'il expulsait par la bouche.

Je retirai la canule, j'écouvillonnai légèrement. Je remarquai que la partie postérieure de la trachée prenait une teinte rosée qu'elle n'avait pas la veille. A la partie supérieure et profonde de la plaie, j'aperçus une petite fente antéro-postérieure, l'ouverture du larynx, qui n'était pas apparente les jours précédents. Je ne cautérisai pas. — Deux potages, bouillon de veau, lait, raisin.

Le 27. L'air passait encore un peu plus par la bouche. Le malade me fit comprendre qu'il avait pu souffler son potage ; en effet, je lui présentai un verre d'eau dont il put rider la surface. Ce petit bonhomme avait été fort surpris, les jours précédents, de ne pouvoir souffler son potage, qu'il trouvait trop chaud. La canule retirée, je vis que la trachée était d'un rose vif, que l'ouverture du larynx se dessinait mieux ; j'en vis distinctement couler des mucosités mêlées de bulles d'air. Quand je disais au

malade de souffler, je voyais l'ouverture se dilater et les mucosités remonter dedans. Je replaçai la canule, que j'enlevais chaque jour en totalité pour la nettoyer. Indépendamment de cela, la canule interne était retirée toutes les fois qu'elle paraissait obstruée. — Potages, œuf, échaudés ; se lever un peu.

Le 28. J'essayai de fermer l'ouverture de la canule : cette expérience dura cinq à six minutes, pendant lesquelles le malade respira passablement par la bouche, mais avec effort. Ayant retiré la canule et obturé la plaie, j'obtins un bien meilleur résultat : la respiration se fit fecilement, mais l'aphonie était encore complète ; je replaçai la canule.

Le 29. Je renouvelai l'expérience, et le malade respira pendant vingt-cinq minutes par la bouche aussi librement que par la canule ; je le fis même manger un peu sans qu'il éprouvât aucune gêne.

Ce jour là, je remplaçai la canule double par une canule simple, ouverte sur sa convexité. Je le quittai laissant la canule obturée, recommandant bien qu'on la débouchât si la respiration devenait difficile. Elle resta bouchée jusqu'à neuf heures du soir sans gêne notable, des mucosités bronchiques furent expulsées à travers le larynx. Je laissai la canule ouverte pour la nuit.

Pendant la nuit, le malade toussa beaucoup et rendit des crachats sanglants : cela tenait à ce que ma canule étant ouverte trop près de son extrémité postérieure, trop sur sa portion verticale et pas assez sur sa convexité, quand elle était tout à fait enfoncée, l'ouverture correspondait à la paroi postérieure de la trachée, et l'air ne passait pas librement. Pour parer à cet inconvénient, je ne l'avais pas enfoncée tout à fait, mais alors il en était résulté un autre : c'est que son orifice inférieur, au lieu d'être bien en rapport avec l'axe de la trachée, allait froisser sa postérieure, et avait amené les crachats sanglants. J'allai le jour même chez M. Charrière, pour avoir une canule ouverte plus sur la convexité, et les deux inconvénients disparurent.

Le 1er octobre. La canule resta fermée depuis 5 heures du soir jusqu'à 8 heures du matin sans aucune gêne.

Le 2. La canule n'avait pas été ouverte depuis 24 heures, et l'enfant avait parfaitement respiré et expectoré par la bouche. Je retirai la canule tout à fait ; mais dans la crainte, exagérée sans doute, de fermer la plaie trop tôt, j'introduisis entre les lèvres une mèche de charpie qui pénétrait jusqu'à l'entrée de la trachée.

Le 3. Le malade avait encore mieux respiré qu'avec la canule ; néanmoins je remis une mèche de charpie.

Le 4. La mèche de charpie avait été chassée hors de la plaie,

qui me parut tout à fait fermée ; la respiration se faisait parfaitement. Je pansai à plat, après avoir rapproché les lèvres de la plaie avec deux bandelettes.

Le 9. La cicatrisation était complète et le malade complétement guéri, sauf la voix, qui ne revint qu'au bout d'un mois environ.

Quelques points de cette observation me paraissent dignes de remarque. Quant à l'époque de l'opération, fût-elle faite trop tôt, pouvait-on, devait-on encore attendre et continuer le traitement médical ? J'ai la conviction qu'en agissant ainsi j'aurais exposé mon malade aux plus grands dangers, parce que cette médication, quelque active qu'elle eût été, aurait eu très-peu de chances d'enrayer la maladie, et que pendant ce temps là les chances favorables à la trachéotomie se seraient évanouies de moment en moment. A l'époque où j'opérai, la suffocation, il est vrai, était imminente, l'occlusion du larynx était presque complète, mais les poumons étaient encore très-libres dans toute leur étendue. Il était évident que, si la fausse membrane avait franchi le larynx, elle n'occupait que la trachée ou tout au plus les grosses bronches ; et, en effet, la trachée était tapissée d'une fausse membrane. Mais si j'eusse attendu encore, et que la médication n'eût pas triomphé, la fausse membrane eût continué de s'étendre dans les bronches, l'engouement du poumon fût survenu, l'hématose eût cessé de se faire normalement ; et quand j'eusse ouvert la trachée, j'aurais donné de l'air à des poumons qui n'eussent plus été perméables à ce fluide, assez complétement du moins pour ramener la vie. A partir du moment où j'opérai, chaque heure de retard nous menait vers ces chances de plus en plus défavorables pour la réussite de l'opération.

Je ferai remarquer en passant, que, privé de canule, je fus obligé d'y suppléer par une sonde en caoutchouc à large calibre qui suffit pendant douze heures à l'entretien de la respiration.

L'opération ne présenta aucune difficulté jusqu'à l'ouverture de la trachée, mais à ce moment, je fus vraiment effrayé de l'énorme quantité de sang qui s'engouffra dans les voies aériennes ; évidemment les forces du malade ne suffiraient pas à expulser tout ce sang, et il périrait suffoqué dans mes mains. Alors je n'hésitai pas à aspirer le sang avec mes lèvres. Je ne connaissais pas alors le fait de M. Roux, qui, dans un pareil danger, eut recours au même moyen.

L'écouvillonnement fut souvent répété, et la cautérisation fut employée à plusieurs reprises, et je n'ai point vu que ces manœuvres aient fait courir un seul instant le moindre danger au

malade. L'écouvillonnement, surtout après l'instillation de quelques gouttes d'eau, excite de violents efforts de toux, qui sont très-utiles pour débarraser la trachée et les bronches des mucosités qui s'y sont accumulées, et des débris de fausse membrane qui se sont détachés. La cautérisation fut toujours bien supportée, et n'excita pas beaucoup plus de toux que l'écouvillonnement simple. Je crois que ce moyen employé avec discrétion pourra toujours rendre de grands services après la trachéotomie ; mais qu'il ne devra pas être employé d'une manière absolue. Ainsi, si la fausse membrane n'a pas envahi la trachée, ce qu'on peut voir facilement en dilatant l'incision, il est inutile de la cautériser ; il pourrait même être dangereux de porter un caustique sur une muqueuse qui a conservé sa vitalité normale. Dans ce cas, on devrait se borner à cautériser l'orifice inférieur du larynx, en pénétrant même un peu dans son intérieur, afin d'empêcher la production morbide d'aller plus loin. Mais quand évidemment la trachée est envahie, on peut cautériser, on le fera avec avantage et sans danger, pourvu qu'on sache s'arrêter à temps, c'est-à-dire lorsque la trachée a repris à l'intérieur sa teinte rose normale, et on peut parfaitement s'apercevoir de ce retour à l'aspect normal, en examinant, chaque fois qu'on retire la canule, la portion de la partie postérieure de la trachée qui correspond à l'ouverture. Mais je le répète , toutes les fois que la trachée sera envahie, dans ce cas comme dans beaucoup d'autres affections, le nitrate d'argent sera un modificateur puissant et utile qu'on ne devra pas négliger.

La canule, comme on le voit, ne fut définitivement retirée qu'au bout de dix jours, et je laissai encore pendant deux jours la plaie entr'ouverte avec une mèche de charpie. Je crois qu'il ne faut pas trop se presser de retirer la canule ; qu'il ne faut la retirer que quand on s'est bien assuré que le malade peut facilement respirer et expectorer par la voie naturelle. La canule fenêtrée sur sa convexité me paraît une transition très-utile pour arriver à ce résultat ; on peut boucher son orifice antérieur, et si le larynx est libre, la respiration s'accomplit par cette voie comme s'il n'y avait pas de canule ; si l'air passe encore avec quelque difficulté par le larynx, on débouche de temps en temps la canule, pour donner au malade un peu de repos, par une respiration plus facile.

Obs. II. — Le 21 janvier 1847, je fus appelé en consultation avec M. le docteur Drache, rue des Trois-Couronnes, 29, à Paris, chez M. Fanvet, pour un de ses enfants atteint, me dit-on, du croup comme son cousin. M'étant trouvé à 3 heures après midi

avec mon confrère, j'obtins de lui le commémoratif suivant : L'enfant, âgé de 3 ans 1/2, fort et habituellement bien portant, avait été pris le 16 d'une toux rauque, avec gêne de la respiration et altération du timbre de la voix. Le 17, la mère le fit vomir. Le 18, les symptômes augmentant, elle appela M. Drache, qui constata le timbre métallique de la toux, la raucité de la voix et même un commencement d'aphonie, et enfin la présence sur les amygdales de plusieurs plaques grisâtres, pouls fréquent, chaleur à la peau. En présence de ces symptômes, il diagnostiqua le croup. Un vomitif fut de nouveau administré, et fut réitéré chaque jour une ou plusieurs fois ; des sangsues furent appliquées aux cuisses, des cataplasmes sinapisés aux pieds et aux jambes, un vésicatoire sur la région du larynx, mais qui descendit et prit sur le milieu du sternum ; enfin les amygdales et le pharynx furent cautérisés avec le nitrate d'argent. Ce traitement n'ayant amené aucune amélioration, les parents, qui m'avaient vu près de leur neveu trois mois auparavant, proposèrent à M. Drache de m'appeler en consultation.

Au moment où nous vîmes l'enfant, il présentait l'état suivant : respiration bruyante, accélérée, aphonie complète ; toux rauque, métallique, très-caractéristique ; peau chaude, facies animé, regard inquiet ; pouls fréquent, fort et dur, résistant à la pression des doigts. L'inspection de la gorge nous montre plusieurs plaques grisâtres sur les amygdales ; l'auscultation fait entendre du râle sibilant dans toute l'étendue des poumons ; mais nous ne trouvons dans aucun point de trace d'hépatisation. Nous pratiquâmes de nouveau la cautérisation de la gorge avec le nitrate d'argent, nous conseillâmes de provoquer encore des vomissements ; mais le petit malade ayant pris depuis le matin 10 centigr. d'émétique sans résultat, nous eûmes recours au sulfate de cuivre, à la dose de 5 centig. dans un verre d'eau donné par cuillerées à bouche de 5 en 5 minutes ; frictions mercurielles au devant du cou.

Le 22 au matin. Il n'y a pas eu de vomissements, quoique la dose de 5 centig. ait été réitérée dans la soirée ; la respiration est bruyante et très-accélérée, la figure exprime l'anxiété, pouls toujours fort et fréquent ; la gorge présente encore des plaques grisâtres, mais moins étendues. Nous cautérisons encore la gorge, faisant continuer les frictions, et conseillons de tenter encore le vomissement avec l'émétique et l'ipécacuanha.

M. Drache revit le malade à 5 heures du soir, la respiration était encore plus gênée que le matin. Les vomitifs n'avaient amené aucun résultat, malgré la titillation de la luette ; le pouls était

toujours très-fréquent, mais perdait de son volume et de sa résistance. En présence de ces résultats négatifs du traitement, mon confrère pensa que peut-être il serait prudent de ne pas laisser le malade épuiser ses forces, et d'avoir recours à l'opération pendant qu'elle offrait des chances de succès. Les parents, qui dès la veille nous suppliaient d'opérer leur enfant, ayant été témoins du succès obtenu chez leur neveu, réitérèrent leurs supplications près de M. Drache qui me fit prévenir.

Nous nous réunîmes à 9 heures du soir, et trouvâmes le malade dans le même état à peu près dans lequel M. Drache l'avait trouvé à 5 heures. Que fallait-il faire ? fut la question que nous nous posâmes. Certainement la mort n'était pas imminente, l'air entrait encore en assez grande quantité dans les poumons, qui n'étaient hépatisés dans aucun point. Le traitement actif, énergique même, employé depuis 5 jours, n'avait pu enrayer la maladie, et en persistant encore dans l'emploi du traitement médicamenteux, nous avions à craindre de le voir échouer encore, et de perdre pendant ce temps-là les chances favorables que nous offraient encore les forces du petit malade pour le succès de l'opération. Enfin les parents nous suppliaient de ne pas attendre plus longtemps de *sauver* leur enfant. Pour moi, comptant fort peu désormais sur les ressources de la médecine pour sauver le malade, confiant, au contraire, dans la trachéotomie pratiquée à temps, je proposai à mon confrère d'opérer sur-le-champ, ce qu'il accepta.

Tout étant préparé, le petit malade fut couché sur une table garnie d'oreillers la poitrine élevée, la tête renversée suffisamment pour faire proéminer le larynx, et maintenue convenablement par des aides. Placé à la droite du malade, mon confrère à sa gauche, je pratique avec le bistouri courbe, à la partie antérieure du cou, une incision verticale s'étendant de la partie moyenne du cartilage thyroïde à la partie supérieure du sternum ; la dissection du tissu cellulaire met à nu le cartilage cricoïde et les anneaux supérieurs de la trachée ; quelques veines thyroïdiennes divisées donnent du sang assez abondamment, mais néanmoins les plus grosses sont évitées. Avec la pointe du bistouri, je pénètre dans la trachée, entre son premier anneau et le cartilage cricoïde ; des ciseaux mousses étant introduits par cette ouverture, j'incise successivement de bas en haut le cartilage cricoïde et de haut en bas les deux premiers anneaux de la trachée. A peine cette section est-elle faite, que l'air s'introduit avec un sifflement très-fort dans la trachée, entraînant avec lui le sang qui s'échappe des veines thyroïdiennes ; le dilatateur est introduit et maintenu par mon confrère convenablement écarté.

Presqu'aussitôt, dans un violent effort d'expiration, un lambeau de fausse membrane, long de 3 à 4 centimètres, est expulsé au dehors; de nouveaux efforts expulsent une grande quantité de mucosités et de sang et de nouveaux lambeaux de fausse membrane; une syncope termine cette lutte, mais elle est de courte durée; des aspersions d'eau froide raniment bientôt l'enfant. La respiration devient plus calme, l'écouvillonnement et les quintes de toux qu'il provoque achèvent de débarrasser les bronches et la trachée des mucosités et du sang qui les obstruent. Quand le calme est un peu rétabli, je cautérise la trachée avec l'éponge imbibée d'une solution de 50 centigrammes de nitrate d'argent dans 15 grammes d'eau. Cette manœuvre excite d'assez violentes quintes de toux, mais qui cessent bientôt; enfin la double canule est mise en place et fixée, puis le petit malade remis dans son lit, la poitrine assez élevée.

Le 23. La nuit fut assez bonne, beaucoup de mucosités et des débris de fausse membrane furent expulsés par la canule; des efforts de toux répétés empêchèrent le sommeil; le petit malade but abondamment. La mère, comme je lui avais recommandé, retira plusieurs fois dans la nuit la canule intérieure pour la désobstruer, et la remit en place. Un peu de fièvre.—Tisane, diète.

La journée du 23 s'était bien passée; mais dans la nuit, à une heure du matin, le père vint me chercher, me disant que son enfant avait la respiration très gênée. J'y allai avec lui, et trouvai l'enfant avec gêne presqu'aussi grande qu'avant l'opération. Je retirai la canule en entier; elle n'était pas obstruée, et la suffocation continuait; je versai alors quelques gouttes d'eau dans la trachée et écouvillonnai. Cette manœuvre provoqua de violents efforts de toux, qui enfin expulsèrent une agglomération de mucosités beaucoup trop volumineuse pour passer dans la canule; je renouvelai l'écouvillonnement, et déterminai encore l'expulsion de beaucoup de mucosités épaisses et de débris de fausse membrane, puis je cautérisai la trachée et le larynx. La respiration était redevenue facile; mais une toux incessante, convulsive, fatiguait beaucoup le petit malade. Je prescrivis un julep légèrement opiacé et des cataplasmes sinapisés aux membres inférieurs. La première cuillerée de potion fit cesser la toux; le reste de la nuit fut calme; de temps à autre, la mère avait eu le soin de verser quelques gouttes d'eau dans la canule pour favoriser l'expulsion des mucosités et les empêcher de se dessécher de nouveau.

Le 24, à 2 heures après midi, le malade était très-bien, la respiration très-libre, peu de fièvre. Je pratiquai la cautérisation de la trachée et du larynx: elle fut bien supportée; le gonflement

traumatique s'était emparé de la plaie. — Un peu de bouillon, tisane.

Le 25. État très-satisfaisant, respiration très-facile, un peu de sommeil pendant la nuit. La canule étant retirée, je fermai momentanément la plaie, et le malade put faire passer un peu d'air par le larynx. La plaie, encore gonflée, était recouverte d'une pseudo-membrane grisâtre ; nous remarquâmes que le vésicatoire de la poitrine s'était également recouvert d'une fausse membrane. Je cautérisai et remis la canule en place. — Légers potages.

Le 26. État satisfaisant, figure bonne, pouls presque normal, la plaie est dégonflée, la paroi postérieure da la trachée présente une teinte rosée, mais l'ouverture du larynx, la plaie et le vésicatoire, sont encore grisâtres. La cautérisation amena ce jour-là des mucosités mélangées d'un sang vermeil.

Le 27. Le bien continue ; pas de cautérisation.

Le 28. Je retirai la canule double, que je remplaçai par la canule fenêtrée sur sa convexité, dans le point correspondant à l'ouverture du larynx. Quand elle fut fixée, je la fermai, et le malade put respirer facilement par les voies naturelles. Je la laissai fermée, recommandant bien à la mère de la déboucher si la respiration devenait gênée. La plaie et le vésicatoire ont repris une couleur entièrement rosée ; état général excellent.

Le 29. Sur les 24 heures qui s'étaient écoulées, la canule était restée environ 15 heures fermée ; le malade avait respiré facilement et expectoré par la bouche. Je recommandai de la tenir fermée le plus longtemps possible.

Le 31. Depuis 48 heures, la canule avait été à peine débouchée, et rien n'avait gêné la respiration ni l'expectoration. Je retirai la canule et rapprochai les lèvres de la plaie avec une bandelette adhésive, plumasseau enduit de cérat, cravate lâche.

Le 3 février. La plaie était pâle, les chairs boursouflées, la réunion n'avait pas encore eu lieu, l'air y passait encore. Je cautérisai avec le nitrate d'argent, ayant soin d'introduire assez profondément le crayon entre les lèvres de la plaie.

Le 9. L'air ne passait plus par la plaie, les bourgeons charnus étaient plus roses, état général bon, appétit vif, l'aphonie était toujours complète et la toux rauque. Il buvait difficilement, et souvent le passage des liquides excitait des quintes de toux violentes qui faisaient revenir le liquide par le nez ; cependant l'inspection de l'arrière-bouche ne présentait rien d'anormal.

Le 20. La plaie était complètement cicatrisée ; l'aphonie continuait, et les quintes de toux étaient encore fréquentes, mais

les liquides passaient mieux. Peu à peu cette toux disparut, et au bout de deux mois la voix était à peu près complétement revenue à son timbre normal.

Il me reste peu de remarques à faire sur cette observation, qui se rapproche beaucoup de la première par la manière dont les choses se sont passées. L'époque de l'opération fut à peu près la même, cependant j'attendis moins longtemps, et la suffocation était moins forte au moment de l'opération, chez le malade que chez son cousin. En effet, tous deux furent opérés les 22, mais chez le premier, la maladie avait commencé le 14, et le 16 chez le second. Il est vrai que le premier avait sept ans, et le second trois ans et demi, et je crois que plus les sujets sont jeunes, plus il y aurait danger à trop attendre.

Je ne fus pas obligé cette fois d'aspirer le sang; les veines thyroïdiennes en donnèrent beaucoup moins, de sorte que les forces des malade suffirent pour expulser ce qui s'en était introduit dans les voies aériennes.

La cautérisation fut également employée dans ce cas, parce que la trachée était envahie, et elle fut toujours bien supportée. Je ferai remarquer une coïncidence qui confirme ce que je disais plus haut de l'époque où il fallait cesser de cautériser : la dernière fois que je cautérisai, j'avais remarqué que la muqueuse trachéale avait repris sur une teinte rosée assez prononcée, néanmoins je crus devoir encore cautériser une fois, eh bien, cette cautérisation amena des mucosités teintes d'un sang vermeil, qui me prouvèrent que la muqueuse était complétement débarrassée de la fausse membrane, et qu'il ne fallait plus revenir au caustique. Évidemment, lorsque la portion de la muqueuse accessible à l'œil, après avoir présenté une couleur grisâtre, sera redevenue rosée, il faudra cesser les cautérisations; elles ne sont plus utiles, et pourraient devenir dangereuses.

La canule fut définitivement retirée au bout de neuf jours et avec les même précautions que chez le premier malade.

Comme je l'ai dit en commençant, ces deux enfants vivent encore tous deux et jouissent d'une santé parfaite.

---

16. *Documents statistiques pour servir à l'histoire de la taille et de la lithotritie;* par M. Pamard, chirurgien en chef des hôpitaux d'Avignon.

(Revue médico-chirurgicale, mai 1849.)

Dans une discussion encore récente sur la taille et la lithotritie comparée dans leurs résultats, l'Académie a fait un appel à tous les opérateurs qui pouvaient, par le résultat de leur pra-

tique, élucider cette difficile question. Je viens donc dire ce que j'ai fait, ce que j'ai vu. Je ferai connaître non-seulement les résultats de ma pratique, mais encore ceux qu'a obtenus mon père à une époque où la lithotritie était inconnue.

Je suis de l'avis de ceux qui ne regardent les données obtenues par la statistique comme vraiment utiles que lorsqu'elles sont appuyées sur des observations rédigées avec soin et dont l'authenticité est incontestable. Les médecins de province présentent sous ce point un avantage : c'est que leur pratique est contrôlée chaque jour par des confrères plus ou moins bienveillants, qui vivent pour ainsi dire au milieu de leurs malades, de telle manière que l'erreur volontaire ou involontaire est sinon impossible, au moins extrêmement difficile. Je vais commencer par les opérations de mon père, en mettant en première ligne les cas où on a été obligé de tailler plusieurs fois le malade, et ensuite ceux où l'opération a été suivie de mort ; je compterai comme morts des suites de l'opération des malades qui ont succombé deux mois après.

Pour les autres opérations, je suivrai l'ordre de date, et, tout en étant aussi bref que possible, je signalerai les cas où il se sera présenté quelques circonstances dignes de fixer l'attention.

Du 5 mai 1792 au 19 mai 1818, mon père a fait soixante fois la taille, il a perdu cinq malades ; ces soixante opérations ne représentent que cinquante-six opérés, parce que l'un a été taillé trois fois et deux l'ont été deux fois, ce qui ne donne pas moins de onze succès sur douze opérations.

Voici la liste de ces opérations :

1° Valérien Duclos, du Pont-Saint-Esprit (Gard), âgé de 68 ans, avait été taillé, pendant l'an VII, par un opérateur de Grenoble ; le 30 fructidor an VIII, mon père le tailla pour la première fois ; la pierre se reproduisit et nécessita une seconde lithotomie qui fut pratiquée le 5 vendémiaire an X. Enfin, une nouvelle concrétion nécessita une nouvelle opération qui fut faite le 1er vendémiaire an XII. Ces opérations furent toutes heureuses et, ce qui est digne de remarque, le malade prolongea très-avant sa carrière sans qu'il se formât de nouveaux calculs dans la vessie.

2° André-Joseph Jouve, âgé de 48 ans, de Gordes (Vaucluse), fut taillé le 13 floréal an VI, cette première opération fut suivie de la formation d'un trajet fistuleux qui fut probablement la cause du développement d'un nouveau calcul ; celui-ci nécessita une seconde opération, le 15 frimaire an VII, suivi d'un succès complet.

3° Joseph Richard, de Cavaillon (Vaucluse), âgé de 15 ans, fut taillé pour la première fois le 8 frimaire an VIII ; chez lui la pierre ne se reproduisit pas aussi promptement que chez les malades que nous venons de citer ; car la seconde opération fut pratiquée en ma présence (j'étais un enfant), le 27 sept. 1811. La guérison fut rapide.

4° Joseph Lombard, d'Avignon, fut taillé par mon père, le 23 brumaire an VII ; il avait déjà subi la même opération à l'âge de 4 ans, des mains de mon grand-père ; il guérit promptement à la suite de cette seconde opération, et jamais le calcul ne s'est reproduit.

5° Jean Vereyn, âgé de 19 ans, de Villeneuve (Gard), avait été taillé à Grenoble le 4 floréal an VIII ; mon père présuma que le premier opérateur avait laissé des fragments de calcul dans la vessie. Une nouvelle opération fut pratiquée le 3 frimaire an IX, et suivie de guérison.

6° Thérèse Morgan, de Caumont (Vaucluse), âgée de 8 ans, souffrait depuis les premiers jours de sa vie, elle portait une pierre énorme pour son âge, car elle pesait cent cinq grammes. L'opération, faite le 30 vendémiaire an III, fut laborieuse et suivie d'une déchirure au bas-fond de la vessie ; la malade succomba le 5 brumaire, cinq jours après l'opération.

7° Noë, âgé de 72 ans, d'Avignon, fut taillé le 20 août 1792 ; il souffrait depuis plus de vingt ans, et ne s'était décidé à l'opération que contraint par la douleur. L'artère honteuse fut probablement intéressée, la pierre était très-volumineuse et hérissée d'aspérités ; le malade eut des hémorrhagies successives qui amenèrent la mort le 26 septembre.

8° Joseph Olivier, âgé de 10 ans, de Crillon (Vaucluse), fut opéré le 8 floréal an VI. L'opération fut longue et douloureuse à cause du volume de la pierre qui était friable ; elle se brisa sous l'effort des tenettes, ce qui en nécessita l'introduction souvent répétée. Il en résulta une vive inflammation de la vessie, qui se termina par la mort, le 11 floréal, trois jours après l'opération.

9° François Cap, de Malaucène (Vaucluse), âgé de 19 ans, taillé le 23 brumaire an VII. L'opération fut prompte et facile, mais elle fut suivie d'une phlébite qui occasionna la mort le 1er frimaire, le huitième jour.

10° Michel Vautour, de Visan (Vaucluse), âgé de 25 ans, offrit un cas analogue ; il fut taillé le 16 floréal an VII, et sans que l'opération présentât de complications, elle fut suivie d'une phlébite mortelle le 27 du même mois.

Nous venons de tracer l'histoire des opérations qui offrent le plus d'intérêt scientifique, soit à cause de l'obligation où on a été de les renouveler plusieurs fois, soit à cause des accidents qui les ont accompagnées : nous allons indiquer rapidement celles qui n'on de remarquable que leur résultat heureux.

11° Tholet, jeune garçon, taillé le 5 mai 1792 ; petite pierre, guérison prompte.

12° Vincent, 17 ans, opéré le 19 avril 1797 ; rapidement guéri.

13° Monteux, 47 ans, taillé le 18 mai 1793 ; guérison prompte.

14° Fabre, 8 ans, opéré le 9 mai 1793 ; guérison.

15° Frangeon, 4 ans, taillé le 27 septembre 1793 ; guéri rapidement.

16° Reboul, d'Avignon, 7 ans, taillé le 21 septembre 1793 ; guéri.

17° Meffre, 10 ans, opéré le 7 octobre 1793 : hémorrhagie ; introduction d'une canule garnie d'agaric, ce qui n'empêche pas que la guérison ne soit obtenue promptement.

18° Plantevin, 3 ans et 8 mois, taillé le 9 octobre 1793 ; petite pierre, guérison rapide.

19° Trelis, 17 ans, opéré le 4 janvier 1794 ; guérison.

20° Tamisier, 12 ans, taillé le 2 mai 1795, promptement guéri.

21° Faulcon, jeune garçon, taillé le 2 mai 1795, et guéri promptement.

22° Roland, 7 ans, taillé le 2 juin 1795. Le calcul se brisa, l'opération fut longue et la guérison se fit attendre deux mois.

23° Rey, 80 ans, taillé le 27 mai 1796. Il eut une hémorrhagie qui nécessita l'application d'une canule ; guérison.

24° Gaud, 24 ans, taillé le 3 brumaire an VII. Opération prompte, suivie de guérison.

25° Richard, 5 ans, opéré le 16 frimaire an VII ; la pierre était volumineuse et présenta quelques difficultés pour la saisir et l'extraire ; prompte guérison.

26° Abrelon, 5 ans et 1/2, taillé le 16 floréal an VII ; guérison.

27° Roman, 75 ans, pierre énorme ; opéré le 10 floréal an VIII ; succès complet.

28° Lossigève, 47 ans, pierre énorme ; taillé le 3 fructidor an VIII. Guérison, mais avec une fistule recto-vésicale qui provenait évidemment d'une lésion du rectum.

29° Antoine, 8 ans, taillé le 5 floréal an VIII ; prompte guérison.

30° Rougon, 9 ans, taillé le 6 frimaire an x ; deux petits calculs, guérison prompte.

31° Grange, 5 ans, taillé le 20 floréal an x ; guérison.

32° Berton, 4 ans, taillé le 20 floréal an xi ; calcul mural ; guérison rapide.

33° Bérenger, 8 ans, opéré le 9 thermidor an xii ; guérison.

34° Durieux, jeune garçon, taillé le 2 messidor an xii ; guérison.

35° Ginoux, 4 ans et 1/2, taillé le 27 brumaire an xii ; guérison prompte.

36° Court, 27 ans, opéré le 3 floréal an xiii. Calcul volumineux et friable, opération assez longue à cause de plusieurs introductions de tenettes ; guérison.

37° Dumas, 13 ans, taillé le 21 floréal an xiii ; guérison.

38° Delière, docteur en chirurgie, 65 ans, souffrait depuis près de vingt ans, sans avoir jamais voulu se faire sonder. Enfin, vaincu par la douleur, il vint trouver mon père qui le tailla le 15 mars 1806. La pierre était très-volumineuse, il ne survint pourtant aucun accident et la guérison fut rapide.

39° Sausse, 22 ans, taillé le 3 juin 1806 ; guérison.

40° Coste, 11 ans, opéré le 13 septembre 1806 ; guérison prompte.

41° Rognon, 31 ans, opéré le 6 décembre 1806. La pierre était volumineuse et nécessita des efforts assez marqués pour l'extraire ; pas d'accidents, guérison.

42° Turquay, 8 ans, opéré le 24 octobre 1806. La pierre était volumineuse et friable. L'enfant souffrait depuis les premiers temps de sa vie. L'opération fut assez longue ; elle fut suivie de guérison, mais avec une fistule urinaire.

43° Servant, curé de Tulette (Drôme), 68 ans, opéré le 9 mai 1808 ; beaucoup d'embonpoint ; opération laborieuse ; elle n'en fut pas moins suivie d'un succès complet.

Ce fait mérite de fixer l'attention, car on sait que l'habile opérateur de l'Hôtel-Dieu, M. le professeur Roux, a déclaré qu'il avait perdu tous les ecclésiastiques qu'il avait taillés.

44° Simon, 56 ans, taillé le 2 septembre 1806. Pierre volumineuse, guérison assez prompte.

45° Trudet, 74 ans, opéré le 3 octobre 1810. Calcul très-volumineux pesant 110 grammes, ce qui nécessita des efforts assez grands pour en opérer l'extraction ; malgré cette circonstance et le grand âge du malade, la guérison n'en eut pas moins lieu avec assez de rapidité.

46° Fermien, 50 ans, taillé le 15 octobre 1810 ; guérison prompte.

47° Comte, 22 ans ; pierre très-volumineuse extraite le 4 octobre 1810 ; prompte guérison.

48° Mme Valentin, 25 ans, d'Avignon, opérée le 7 octobre 1811. Elle portait un calcul très-volumineux qui présenta assez de difficultés pour l'extraction. L'incision fut faite en bas et à gauche, le vagin fut intéressé ; la guérison eut lieu, mais la malade conserva une incontinence d'urine.

49° Mlle Cambon, 21 ans, fut opérée de la même manière le 10 novembre 1812 ; elle guérit sans conserver la plus légère incommodité.

50° Perrier, 12 ans, taillé le 24 septembre 1812 ; guérison.

51° Melin, 3 ans et 1/2 ; petit calcul, extrait le 17 mai 1814, prompte guérison.

52° Reynaud, 64 ans ; calcul volumineux, extrait le 12 mai 1817 ; hémorrhagie assez abondante ; guérison.

53° Joussaud, taillé le 16 juin 1817 ; guérison.

54° Jeaume, 9 ans, souffrait depuis ses premières années ; l'opération pratiquée le 14 juin 1817 fut des plus laborieuses, la vessie était tellement remplie de concrétions calculeuses, que les tenettes ne pouvaient pas s'y développer ; guérison en deux mois et demi.

55° Marie, 58 ans, taillé le 10 juin 1817. Pierre très-volumineuse ; guérison parfaite.

56° Rey, 17 ans, taillé le 19 mai 1818, succès complet.

Je dois maintenant arriver à ma pratique, et faire connaître les résultats que je dois à la taille seule ; à la taille paécédée de tentatives de lithotritie ; enfin, à la lithotritie seule.

Comme pour les observations tirées de la pratique de mon père, je commencerai par un cas de taille double ; puis je tracerai l'histoire d'un cas malheureux.

Tailles.

Obs. I. — M. Baldy de Nîmes, âgé de 15 ans, avait été taillé par M. Pleindoux, de Nîmes, à l'âge de 6 ans ; il avait conservé une fistule au périnée qui s'était cicatrisée depuis environ deux ans. Depuis l'époque où le trajet fistuleux s'était oblitéré, il s'était formé dans le tissu cellulaire du périnée une petite tumeur dure qui avait progressivement augmenté de volume et qui était, par intervalles, accompagnée de difficultés pour uriner, et de vives douleurs dans le bas-ventre. Une sonde introduite dans la vessie y pénétrait assez facilement ; mais on sentait que

sa convexité frottait contre un corps dur ayant la consistance calculeuse, que l'on sentait également à travers les téguments. Il ne pouvait y avoir de doute ; c'était un calcul formé dans le tissu cellulaire du périnée.

Le malade placé comme pour l'opération de la pierre, nous incisâmes directement sur le calcul qui fut promptement atteint et enlevé. En l'examinant, on vit qu'il y en avait un fragment dont une partie était à cheval sur les bords de l'orifice de l'ancien trajet fistuleux, et dont une extrémité était retenue dans le tissu cellulaire du périnée, tandis que l'autre faisait saillie dans le canal de l'urèthre et donnait lieu à un prolongement qui s'étendait jusqu'au col de la vessie, ce qui explique la sensation de frottement que nous avions ressentie sur la convexité de la sonde.

Le cathéter, alors introduit dans la vessie, y fit reconnaître la présence d'autres calculs ; à l'aide du lithotôme caché, ouvert au n° 9, nous fîmes l'incision de la prostate. Arrivés dans la vessie, nous pûmes non-seulement extraire le fragment de calcul dont nous avons parlé, mais plusieurs autres qui occupaient le bas-fond de cet organe ; tous ces fragments réunis pesaient cinq grammes : celui qui se prolongeait dans le trajet fistuleux avait la forme de la tête du fémur.

Cette opération, pratiquée le 2 mars 1832, fut suivie d'un plein succès ; le malade partit, complétement guéri, le 8 avril.

Obs II. — M. Martin, d'Avignon, âgé de 20 ans, souffrait depuis son enfance sans que jamais ni les douleurs, ni les prières de ses parents eussent pu le décider à se soumettre à l'opération ; il avait, disait-il, le pressentiment qu'il n'y survivrait pas ; il s'y décida pourtant, et ce fut dans ces fâcheuses dispositions morales que je l'opérai, le 18 janvier 1837. J'avais reconnu une pierre dure et volumineuse, le malade était inquiet, irritable, le cathétérisme seul lui faisait pousser des cris ; il ne me paraissait pas prudent d'avoir recours à la lithotritie.

Comme je l'avais présumé, la pierre était énorme ; elle pesait 77 grammes ; elle offrit des difficultés assez grandes pour son extraction ; j'y parvins pourtant, mais non pas sans efforts. L'opéré, pendant les premiers jours, semblait marcher vers la guérison, mais vers le quatrième jour, il survint des frissons, de la fièvre. Ces accidents se renouvellèrent et s'aggravèrent ; enfin, le malade succomba le 24 janvier, présentant tous les signes d'une résorption purulente. A l'autopsie, je trouvai la muqueuse de la vessie rouge, ramollie, et du pus dans les veines iliaques ; le ventre était ballonné, le péritoine était pointillé de rouge.

Obs. III. — Le fils de M. Brugier, âgé de 11 ans, de Mon-

teux (Vaucluse), fut opéré chez lui, le 21 septembre 1836. Quoique la pierre fût assez volumineuse pour un enfant de cet âge (elle pesait 12 grammes), les suites furent des plus heureuses, car le malade fut guéri le 4 octobre, 14 jours après l'opération. C'est actuellement un jeune et beau militaire qui n'a jamais éprouvé de ressentiments de l'affection qui avait tourmenté son enfance.

Obs. IV. — M. Charasse, âgé de 72 ans, d'Entrechaux (Vaucluse), vieillard encore bien conservé, quoiqu'il souffrît depuis plus de quatre ans, fut opéré le 11 mai 1840. Je lui enlevai trois calculs lisses, polis, présentant des facettes provenant du frottement des calculs entre eux, pesant ensemble 80 grammes. Il manque un fragment d'un des calculs qui se brisa lors de l'extraction et que le malade a voulu conserver. Malgré son âge avancé et l'obligation où j'ai été d'introduire plusieurs fois les tenettes, il ne survint aucun accident, et le malade fut guéri le 28 juin.

Obs. V. — Lacour, âgé de 21 ans, de Fresney (Mayenne), souffrait depuis ses plus jeunes années, il fut opéré à l hôpital, le 10 janvier 1841. La pierre était volumineuse et creuse ; je n'en ai jamais vu de pareille, elle pesait 45 grammes. Elle se brisa ; le premier fragment enlevé, je réintroduisis les tenettes et j'entraînais un nouveau fragment beaucoup plus volumineux que le premier ; il était évident, en le rapprochant du premier, que le malade était complétement délivré ; aussi je m'assurai, à l'aide du doigt, que la vessie était parfaitement libre. Il ne survint aucun accident ; le malade sortit, le 5 février, parfaitement guéri.

Obs. VI. — Micalet, âgé de 27 ans, de Bourret (Tarn-et-Garonne), militaire ; il avait été obligé de renoncer au service à cause des vives douleurs qu'il éprouvait ; il entra à l'hôpital, le 11 janvier 1842. Après l'avoir mis à l'usage des bains et des boissons délayantes pour calmer l'état d'irritation où il se trouvait, je l'opérai le 18 janvier ; la pierre était dure, volumineuse, d'une couleur brune, elle arriva parfaitement entière ; elle pesait 60 grammes. L'opération avait été rapide, les suites auraient dû être des plus heureuses ; pourtant, la plaie présenta beaucoup de difficultés à se cicatriser, je fus obligé à plusieurs reprises d'y enfoncer assez profondément un crayon de nitrate d'argent ; enfin, le 17 mai, quatre mois après l'opération, le malade sortit parfaitement guéri.

Obs. VII. — Michel (Louis), âgé de 15 ans, de Villeneuve (Gard), maigre, irritable, avait souffert depuis qu'il avait sa connaissance, mais jamais ses parents n'avaient pu le contraindre à se laisser sonder ; enfin ils y parvinrent, et je reconnus un cal-

cul dur, à surface inégale accompagné, d'une irritation marquée de la vessie, si on s'en fiait aux plaintes du malade lors de l'examen. Je ne crus pas devoir proposer la lithotritie, à cause de l'extrême sensibilité de l'appareil urinaire, et il fut convenu que je taillerais le malade : c'est ce que je fis, le 20 février 1844. L'opération ne présenta rien de particulier, si ce n'est l'extraction d'un calcul mural assez volumineux et très-léger ; il ne pesait que 8 grammes. Elle eut les suites les plus heureuses, car, le 22 mars, le malade vint me voir parfaitement guéri, et dans une joie qui tenait du délire de se voir délivré de ses souffrances.

Obs. VIII. — Nouze (Pierre), âgé de 27 ans, de Labastal (Hautes-Pyrénées), traînait depuis longues années une existence misérable ; il entra à l'hôpital le 28 février 1845. Il éprouvait des envies d'uriner tellement fréquentes, qu'à chaque instant il était obligé d'y satisfaire sans pouvoir y résister ; il souffrait, disait-il, des douleurs atroces ; mais jamais il n'avait osé, dans ses montagnes, où pourtant on compte bon nombre d'hommes de mérite, se laisser toucher : ce sont ses propres paroles. Le cathétérisme me fit reconnaître une pierre volumineuse ; je fis l'opération, le 2 mars 1845. Elle me présenta une circonstance particulière : c'était un rétrécissement tel de la vessie, que les tenettes avaient la plus grande difficulté à se développer ; enfin je parvins à saisir le calcul et à l'extraire ; il pesait 32 grammes. Il présentait une forme telle que je n'en ai jamais vu de semblable ; on aurait dit qu'il était moulé sur la vessie d'un enfant, ce qui provenait évidemment du rétrécissement de la poche urinaire. Une autre circonstance à noter, c'est qu'à la partie supérieure il offrait une surface plane, qui aurait pu faire croire à la présence d'un autre calcul avec lequel il aurait été en contact. Je m'assurai pourtant, à l'aide du doigt, qu'il n'en était rien ; je trouvai l'organe parfaitement débarrassé. Les suites furent des plus heureuses, le malade sortit guéri le 11 avril.

Obs. IX. — Le fils de M. Guillaumont (Amédée), âgé de 4 ans et demi, de Gravéson (Bouches-du Rhône), a souffert depuis qu'on l'a ramené de nourrice ; les médecins qui avaient été consultés n'avaient pas reconnu la nature de la maladie lorsque, heureusement pour lui, il rencontra aux eaux M. le docteur Salomon, de Villeneuve, qui dit : Votre enfant doit avoir la pierre, faites-le examiner par un homme compétent. L'enfant me fut amené et je reconnus la présence d'un calcul que j'annonçai être petit ; je parlai au père, homme instruit et intelligent, des deux moyens que nous avions de délivrer son fils ; il les connaissait tous les deux, mais plein de confiance en moi, il me laissa libre

du choix. Je n'hésitai pas un instant ; je proposai, la taille que je préfère infiniment chez les enfants.

Elle fut pratiquée le 22 juillet 1847 ; je la fis précéder de l'éthérisation, qui eut une action rapide et complète. L'enfant fut opéré pendant le sommeil et ne poussa pas un cri. Je me servis de pinces à polypes que je préfère, chez les enfants, aux tenettes, qui sont toutes en général trop grosses. J'enlevai un calcul de forme ovale, ayant le volume d'une grosse fève fraîche ; j'introduisis immédiatement mon doigt, comme je fais toujours, pour m'assurer si la vessie était entièrement débarrassée ; je trouvai un nouveau calcul, gros comme un pois, que j'enlevai facilement à l'aide de mon indicateur, sans avoir besoin d'introduire une seconde fois l'instrument ; ces deux calculs réunis pesaient 3 grammes.

En examinant ce nouveau calcul avec soin, on le trouva couvert de facettes dans tous les sens ; aussi je crus qu'il appartenait à un groupe de petits calculs, comme on en rencontre quelquefois ; j'introduisis de nouveau mon indicateur et je trouvai l'organe parfaitement débarrassé. On ne peut expliquer ces nombreuses facettes que par le frottement en différents sens du petit calcul sur celui qui était plus volumineux et qui présentait l'action de la meule des tailleurs de cristaux. Les suites furent des plus heureuses, au bout d'un mois l'enfant fut guéri ; de maigre qu'il était, il est devenu bien portant. Je l'ai vu cet hiver, c'est un enfant superbe qui jouit d'une santé parfaite.

Tailles précédées de tentatives de lithotritie.

Obs. X. — Le jeune Bellon (Agricol), d'Avignon, âgé de 8 ans, entra à l'hôpital le 27 mars 1845, présentant tous les signes rationnels d'un calcul vésical. Le cathétérisme me fit reconnaître l'existence d'un calcul peu volumineux ; et, cédant aux vœux des parents, je consentis à faire la lithotritie, contre mon habitude, car je préfère la taille chez les enfants. Après avoir préalablement dilaté le canal qui était assez étroit, surtout au méat urinaire, j'introduisis un lithotriteur à percussions d'un petit calibre, celui de M. Heurteloup, modifié par Charrière ; je saisis immédiatement le calcul, dont je brisai un fragment assez volumineux qui fut rendu dans le bain où je plaçai immédiatement l'opéré.

L'opération fut rapide ; pourtant le malade, qui était indocile, faisait des mouvements qui occasionnaient des douleurs tellement vives, que je crus devoir proposer aux parents de délivrer leur enfant par la taille, qui me paraissait présenter moins d'incon-

vénients que la lithotritie. Cette proposition fut acceptée, et le 18 avril 1845, je pratiquai la taille.

L'opération fut exécutée rapidement. Elle ne présenta rien à noter ; elle fut suivie d'une prompte guérison.

Si on en juge par les plaintes du patient, on doit conclure qu'il a moins souffert pendant cette opération que dans une seule séance de lithotritie ; pourtant le calcul avait été saisi rapidement, sans qu'on eût été obligé de faire des recherches longues et pénibles, et le broiement n'avait pas exigé de longs efforts. Je conserve le calcul extrait et le fragment rendu après le broiement ; le calcul pèse 5 grammes, et les détritus rendus après la lithotritie, 1 gramme 50 centigrammes.

Obs. XI. — Mademoiselle Pascal Marie, âgée de 17 ans, des Angles (Gard), porte depuis ses premières années un calcul qui cause des douleurs horribles, qui ont toujours été augmentant ; elle a d'abord caché ses souffrances à ses parents, enfin elle les a avouées ; mais par un sentiment facile à comprendre, elle ne pouvait pas se décider à se laisser examiner ; enfin on surmonta ses répugnances, et elle se décida à se laisser sonder par M. le docteur Salomon, médecin de la famille ; il reconnut immédiatement la présence d'un calcul qu'il crut ne pas être volumineux ; il conseilla d'avoir recours à la lithotritie et la malade me fut confiée.

Le 19 mai 1847, je me rendis aux Angles, et en présence de MM. les docteurs Salomon père et fils, le docteur Touzet, etc., je procédai à l'opération. La malade fut préalablement éthérisée, et malgré la résistance qu'elle opposa à l'inhalation, j'obtins un sommeil complet.

J'introduisis facilement un lithotriteur de M. Heurteloup, d'un gros calibre (n° 5), et je reconnus immédiatement que j'avais affaire à un gros calcul ; car lorsqu'il fut saisi, l'échelle marquait quatre centimètres. L'instrument se développait dans la vessie avec assez de difficultés ; j'opérai le broiement à trois différentes reprises, sans que la malade témoignât la moindre douleur ; lorsqu'elle se réveilla, elle déclara n'avoir rien ressenti ; elle croyait, dit-elle, qu'elle était à l'église avec son père.

L'opérée fut immédiatement placée dans un bain, où elle rendit des fragments de calculs ; elle en rendit aussi de volumineux dans son vase de nuit, et une quantité notable de détritus.

Nous fîmes, à quelques jours d'intervalle, deux nouvelles séances de broiement ; chaque fois le calcul fut saisi et broyé, mais nous acquîmes la certitude, par l'écartement des mors, qu'il conservait encore un volume considérable. Des fragments en

grand nombre furent rendus, et lorsqu'ils étaient assez volumineux, leur émission était accompagnée de douleurs assez vives ; pendant ces deux dernières séances, la malade témoignait de vives douleurs, elle criait, elle s'agitait ; elle se refusait d'ailleurs à l'éthérisation, prétendant avoir éprouvé, la première fois, un étouffement qu'elle trouvait insupportable.

Nous aurions cru imprudent, vu le volume du calcul, de vouloir persister dans la lithotritie pour délivrer la malade ; nous proposâmes à la famille la taille qui fut acceptée. Nous la pratiquâmes le 25 juin 1845.

Nous adoptâmes le procédé improprement attribué à Dubois et qui, selon Paré, appartient à Laurent Collot, chirurgien du seizième siècle : l'incision directement en haut, que nous fîmes avec le lithotome de frère Côme, ouvert au n° 15. Comme le calcul avait été brisé dans différentes séances de lithotritie, nous fûmes dans la nécessité d'introduire à plusieurs reprises les tenettes dans la vessie pour la débarasser de tous les fragments qu'elle contenait ; le plus volumineux avait quatre centimètres de diamètre dans sa plus grande étendue ; ce qui vint nous apporter la preuve que nous ne nous étions pas trompé sur l'appréciation du volume du calcul dans la tentative de lithotritie. Les fragments qui avaient été rendus après cette opération pesaient 7 grammes, et ceux que nous enlevâmes par la taille atteignaient le poids de 26 grammes. Les suites de l'opération furent des plus heureuses, car le vingtième jour, la malade put monter en voiture et venir me voir à Avignon ; elle était entièrement guérie.

Nous le demandons à tout homme de bonne foi : ce résultat n'est-il pas infiniment préférable à celui que nous aurions dû à la lithotritie, qui aurait exigé peut-être quinze ou vingt séances, qui toutes auraient été presque aussi douloureuses que la taille, et qui auraient exposé à une cystite probablement mortelle.

Nous arrivons à un fait où l'emploi des instruments lithotriteurs a été absolument impuissant, et où nous avons dû avoir recours à la taille.

Obs. XII. — Mademoiselle Marie Maillet, âgée de 30 ans, de Malaucène (Vaucluse), s'était introduite un mois auparavant un porte-plume dans le canal de l'urètre, qu'elle avait laissé échapper, et qui était tombé dans la vessie. Elle fut sondée par M. Waton, médecin instruit de Vaison, qui reconnut l'existence du corps étranger et l'engagea à le faire extraire. Elle vint nous consulter et nous fit, non sans peine et après beaucoup d'hésitation, l'aveu de sa faute. Le cathétérisme nous fit reconnaître la

présence et la nature du corps, nous essayâmes, mais en vain, à l'aide du lithotriteur de M. Heurteloup, de l'extraire. Nous le saisîmes immédiatement, mais lorsqu'on cherchait à l'extraire au dehors, on sentait une résistance invincible, accompagnée de violentes douleurs. Il était évident que le corps étranger, de forme longue, s'était placé en travers et que ses deux extrémités appuyaient sur les parois latérales de la vessie, et qu'on éprouverait probablement des difficultés insurmontables à le faire changer de direction. Nous proposâmes l'extraction du corps à l'aide de la taille, elle fut immédiatement acceptée. Le 19 juin 1847, après avoir obtenu par l'éthérisation une insensibilité absolue, j'introduisis un lithotome que j'ouvris au n° 15, et j'incisai directement en haut. J'introduisis l'indicateur de la main gauche qui me fit reconnaître que j'avais eu raison de penser que le corps occupait la direction transversale ; je le fis basculer de façon à l'amener dans la direction longitudinale ; ce même doigt me servit de conducteur pour des pinces à polypes à l'aide desquelles je pus extraire sans difficulté le corps hors de la vessie. Il était enduit, presque dans toute son étendue, d'une incrustation de phosphate calcaire ; on voyait une dépression sur le point où il avait été saisi par l'instrument lithotriteur, il avait huit centimètres de long et il pesait 5 grammes.

Jamais opération de cette gravité ne fut suivie d'un succès plus rapide ; huit jours après la malade était guérie, et elle put retourner chez elle, sans conserver la moindre trace de la maladie cruelle qu'elle s'était procurée.

La taille, dans ce cas, n'a-t-elle pas offert une prééminence évidente sur la lithotritie? Ce qu'il y a de surprenant, c'est que peu de temps après cette opération, je lisais dans le *Bulletin de l'Académie* (n° du 15 juillet de cette année 1847), un fait parfaitement identique à celui dont je viens de tracer l'histoire, qui ne diffère que par le sexe du malade ; car relativement au résultat, on y voit, comme chez ma malade, les instruments lithotriteurs impuissants, et la taille procurant la guérison.

Lithotritie.

Obs. XIII. — M. Philly (Pierre), d'Avignon, âgé de 68 ans, souffrait depuis longues années de la pierre ; d'un caractère triste, pusillanime, il n'avait jamais voulu se décider à aucune opération. La profession de cafetier mettant les journaux à sa disposition, il avait souvent lu les annonces fastueuses qui remplissaient à cette époque les feuilles politiques ; mais il attendait toujours, disait-il, que cette nouvelle méthode se perfectionnât,

car il ne consentirait jamais à se livrer à l'instrument tranchant.

Cependant, ses douleurs devenaient plus cuisantes, la santé générale s'altérait, ses urines présentaient un dépôt glaireux fétide : il fallait prendre un parti. Il se décida à se faire lithotritier, et il s'adressa à nous. Le 25 janvier 1832, après avoir préalablement calmé le malade par des bains, des boissons rafraîchissantes, nous procédâmes au broiement ; nous adoptâmes les instruments de M. Civiale, qui étaient à cette époque les plus répandus et mis généralement en usage. C'était la première fois que nous faisions la lithotritie; nous l'avions souvent exécutée sur le cadavre et démontrée à nos élèves à l'hôpital, mais nous n'avions pas encore eu l'occasion de la mettre en pratique sur le vivant ; aussi plusieurs docteurs et élèves assistèrent à cette opération.

L'introduction des instruments ne présenta aucune difficulté, mais il n'en fut pas de même pour saisir la pierre ; elle était volumineuse, la vessie était rétrécie et d'une sensibilité très-grande ; aussi les branches de la pince éprouvaient-elles de la difficulté à s'écarter assez pour que le calcul fût saisi ; nous y parvînmes pourtant, et nous pûmes le fixer d'une manière solide et le soumettre à l'action du foret que nous fîmes agir sur plusieurs points, en relâchant le calcul et lui imprimant de légers mouvements de rotation.

Nous ne crûmes pas devoir prolonger au delà de huit minutes cette première séance, et tout devait nous faire espérer que bientôt nous pourrions y revenir. Du détritus en assez grande quantité fut rendu le jour même, et le lendemain, le malade était assez bien ; mais deux jours après, il se manifesta de la sensibilité et de la tension dans le bas-ventre, de la difficulté dans l'émission des urines; l'introduction d'une sonde nous donna la conviction que ce dernier accident ne provenait pas de l'introduction d'un fragment qui se serait arrêté dans l'urètre.

Des sangsues en grand nombre furent appliquées, des bains, des lavements, des boissons et des applications calmantes furent prescrites, mais rien ne put arrêter le développement de l'inflammation de la vessie; l'état du malade fut toujours en s'aggravant, et il succomba le 26 février, un mois après la première séance de lithotritie dont nous avons parlé. Quoique les accidents ne se soient manifestés que le troisième jour et que la mort ne soit arrivée qu'au bout d'un mois, nous ne croyons pas qu'un seul praticien puisse méconnaître qu'ici la lithotritie a été la cause de la mort.

A l'autopsie, nous trouvâmes le calcul réduit en nombreux

fragments ; on put acquérir la preuve qu'il était volumineux, comme nous l'avions présumé : il pesait, en y comprenant les fragments rendus après la lithotritie, 52 grammes ; le noyau portait encore une empreinte du foret ; la muqueuse de la vessie était rouge, ramollie et recouverte d'une couche d'un mucus purulent ayant l'aspect d'une pseudo-membrane ; le péritoine n'était pas resté étranger à l'inflammation, il était pointillé de rouge ; l'abdomen était tendu par des gaz qui avaient fatigué le malade pendant tout le temps de sa maladie.

Obs. XIV. — M. Rossy, inspecteur des contributions directes à Orange (Vaucluse), (nous ignorons les antécédents de la maladie), fut soumis à la lithotritie, qui fut faite par M. Alexandre Jourkoski, le 3 octobre 1841. Nous ne pouvons pas donner de détails sur la manière dont fut exécutée l'opération, nous n'y assistions pas ; nous sûmes seulement qu'on avait employé les instruments à percussion, et d'après ce que nous connaissons du mérite du praticien, nous avons lieu de croire qu'il ne fut pas fait de fausses manœuvres. Le 5 octobre, deux jours après l'opération, nous fûmes appelé auprès du malade ; il avait une fièvre vive, la peau était brûlante, tout l'abdomen était tendu et douloureux, l'émission des urines était difficile ; le cathétérisme nous fit reconnaître la présence du calcul, et débarrassa la vessie d'une quantité notable d'urine qui s'y était accumulée, à cause des difficultés extrêmes que le malade avait pour la rendre ; il ressentait de vives douleurs à la vessie et me demandait à grands cris de l'en débarrasser par quelque opération que ce fût ; comme on le pense bien, je n'en proposai aucune, je me bornai à des calmants et des antiphlogistiques, mais sans espérer de bons effets, car l'état du malade me parut désespéré.

Je ne m'étais pas trompé ; j'étais retourné le soir à Avignon, et j'appris que le lendemain, 6 octobre, le malade était mort dans la journée. L'autopsie ne fut pas faite.

Ici, la mort a été si évidemment et si promptement le résultat d'une seule séance de lithotritie, que nous ne pensons pas que les admirateurs les plus passionnés de cette méthode puissent le méconnaître. Nous avons fait pour la lithotritie comme pour la taille ; nous avons commencé par les cas malheureux, nous allons maintenant faire connaître ceux où nous avons eu à nous en louer.

Obs. XV. — Étienne Béranger, âgé de 16 ans, de Tarascon (Bouches-du-Rhône), souffrait depuis environ un an. Son médecin lui dit qu'il avait probablement la pierre. Il vint à Avignon pour nous consulter. Nous le sondâmes et nous reconnûmes une

pierre petite. Nous proposâmes la lithotritie, qu'il adopta avec plaisir.

Le 5 mars 1852, nous procédâmes à l'opération à l'aide des instruments de M. Civiale, munis d'un foret à éclatement de M. Rigal. L'introduction en fut facile, et la pierre fut promptement saisie. Nous fîmes agir le foret, qui divisa en de nombreux fragments le calcul, qui était petit et friable. Le malade ne laissa pas que de témoigner d'assez vives douleurs, surtout pendant la recherche du calcul; mais après il ne souffrit plus. Nous le fîmes placer dans un bain, où il rendit assez de détritus; dans la nuit, il en rendit encore une plus grande quantité dans son vase de nuit; il s'y trouvait des fragments assez volumineux, dont quelques-uns avaient causé une vive douleur lors de leur passage dans l'urètre. Tout ce détritus réuni pesait 5 grammes.

Le lendemain matin, le malade n'avait plus aucune douleur; à dater de ce jour, il ne souffrit plus Nous le sondâmes les jours suivants à deux reprises, et l'examen le plus attentif ne nous fit rien reconnaître dans la vessie. Il était évident que le malade était guéri. Il retourna chez lui au comble du bonheur.

Certainement, si la lithotritie avait toujours de pareils résultats, ce serait la plus belle des opérations.

Obs. XVI. — M. Jean Alamaric, âgé de 82 ans, d'Avignon, nous offre un cas qui n'est pas moins digne d'intérêt. C'était un homme pusillanime, douillet, qui souffrait depuis longues années, et qui jamais n'avait osé se décider à aucune opération, pas même à se laisser sonder; enfin il y consentit, et nous rencontrâmes plusieurs calculs qui nous parurent durs et résistants, car ils donnaient un son très distinct. La lithotritie était la seule opération proposable chez un homme de ce caractère; elle fut acceptée, et nous fîmes une première séance le 25 février 1855; nous employâmes cette fois les instruments à percussion de M. Heurteloup. Le canal était très large: l'introduction fut facile, et nous saisîmes rapidement un calcul assez volumineux, gros comme un œuf, qui opposa, en effet, assez de résistance à l'action de l'instrument lithotriteur; nous parvînmes pourtant à en effectuer le brisement. Le malade poussait de longs gémissements; il ne nous paraissait pourtant pas beaucoup souffrir; il avait, je crois, plus de peur que de mal. Il rendit immédiatement après assez de détritus.

Quatre jours après une seconde séance eut lieu, suivie des mêmes résultats, et nous fûmes obligés d'en faire quatorze pour débarrasser complétement le malade. Il ne fut guéri qu'à la fin d'octobre; son traitement dura donc quatre mois, et j'avouerai

qu'il fut accompagné de circonstances qui souvent me donnèrent de l'inquiétude. Plusieurs fois les séances de lithotritie furent suivies d'un accès de fièvre violent ; aussi, plus elles se renouvelaient, plus elles répugnaient au malade, plus il prétendait souffrir. Enfin, un jour nous fûmes assez heureux pour pouvoir lui dire que nous ne trouvions plus rien dans la vessie ; la disparition des douleurs vint confirmer notre diagnostic, et, malgré son grand âge, M. Alamaric fut rendu à la santé.

On ne saurait ici, malgré les longueurs et les difficultés dont a été entourée cette opération, méconnaître que nous avons dû à la lithotritie un beau résultat. Les détritus rendus, et que nous pûmes recueillir, pesaient 29 grammes ; mais nous pensons que le malade, peu soigneux, en a égaré une assez grande quantité.

Obs. XVII. — M. Bauchon, âgé de 22 ans, de Bollènes (Vaucluse), souffrait depuis plusieurs années ; il portait un calcul unique peu volumineux ; la santé générale était bonne. Le 9 mai 1840, nous fîmes une première séance de lithotritie avec les instruments à percussion de M. Heurteloup, suivie de trois autres séances ; il ne survint aucun accident, et le malade retourna chez lui le 9 juin, un mois juste après son arrivée, parfaitement guéri. Il rendit des détritus de calcul pesant 6 grammes.

Obs. XVIII. — M. Achille Assieri, âgé de 22 ans, de Cébagola (Corse), offre un cas analogue. Première séance, le 21 mars 1842. Calcul d'un volume moyen mais peu friable ; instruments à percussion ; guéri le 19 avril, après cinq séances. Nous avons recueilli 15 grammes de détritus.

Obs. XIX. — M. Pierre Ricard, âgé de 17 ans, d'Avignon, fut aussi heureux que les deux malades qui précèdent. Le 15 février 1843, nous introduisîmes pour la première fois les instruments à percussion ; seulement, le canal étant assez étroit, nous éprouvâmes une notable résistance, et le malade accusa des douleurs assez vives pendant tout le temps que dura l'opération. Heureusement le calcul était petit et très-friable ; c'est le plus mou que nous ayons rencontré. Les fragments recueillis pèsent 10 grammes, et nous ne fûmes obligés d'y revenir que quatre fois à quelques jours d'intervalle, car chaque séance était suivie d'un accès de fièvre intense, ce qui n'empêcha pas la guérison d'être obtenue dans l'espace d'un mois.

Obs. XX. — M. Marchand, âgé de 25 ans, de Borey (Haute-Saône), souffrait depuis plusieurs années de la pierre ; il s'était fait sonder, nous dit-il, à Lyon, par M. Pétrequin, qui en avait reconnu l'existence ; mais il n'avait jamais pu se décider à aucune opération. Enfin, ayant vu un malade, à Avignon, que nous

avions opéré, il se décida et nous demanda la lithotritie. Comme rien dans son état ne s'y opposait, si ce n'est pourtant le volume du calcul qui nous parut assez considérable, nous y consentîmes, et, le 14 janvier 1844, nous fîmes une première séance.

Nous ne nous étions pas trompés sur le volume du calcul : l'échelle de l'instrument à percussion nous donna 35 millimètres ; nous pûmes immédiatement effectuer le brisement, qui opposa pourtant assez de résistance, laquelle devenait d'autant plus forte que nous approchions davantage du centre de la pierre. Nous dûmes laisser reposer le malade, qui fut assez fatigué de cette première séance, et qui éprouva de vives douleurs causées par un fragment qui s'était engagé dans l'urètre et que nous fûmes obligé d'y aller chercher avec la pince à trois branches ; nous pûmes pourtant revenir à de nouvelles tentatives de broiement six jours après la première séance, qui nous donna des résultats avantageux. Nous n'en fûmes pas moins obligé d'y revenir à neuf reprises différentes, ce qui ne laissait pas de fatiguer le malade et de lui causer des douleurs assez vives ; nous parvînmes pourtant à débarrasser complétement la vessie ; mais le traitement n'en exigea pas moins de deux mois ; la guérison n'en fut obtenue que le 11 mars.

Le calcul ne pesait pas moins de 39 grammes. En examinant avec soin le détritus, on voit facilement qu'il était formé de deux couches superposées, dont la plus externe était molle, friable et composée de phosphate de chaux, et la plus interne dure, cassante et composée d'acide urique.

Si on considère la durée du traitement, les douleurs dont furent accompagnées les nombreuses séances qui furent nécessaires, l'obligation où nous fûmes d'aller chercher un fragment avec les pinces de Hunter, ce qui ne laissa pas d'être assez douloureux, il est permis de se demander si dans ce cas la lithotritie a présenté beaucoup plus d'avantages que la taille.

Maintenant, nous jetons un coup d'œil rétrospectif sur les nombreuses observations que nous venons de faire connaître, on y verra que, sur soixante opérations faites par mon père, sans distinction d'âge ni de sexe, il n'a perdu que cinq malades, ce qui donne une proportion de un sur douze. On remarquera que je suis arrivé exactement au même résultat : sur douze malades dont neuf ont été taillés immédiatement, j'en ai perdu un, et sur trois, chez lesquels la taille a été précédée de tentative de lithotritie, je n'en ai pas perdu un seul ; ce qui donne ainsi sur douze taillés un mort.

Relativement à la lithotritie, j'ai été bien moins heureux, car

sur huit opérations dont sept ont été faites par moi et une par un autre opérateur, deux malades sont morts ; ce qui donne une proportion de un sur quatre, et encore dois-je dire, pour rendre hommage à la vérité, qu'elle s'est montrée entre mes mains trois fois impuissante, ou du moins accompagnée d'inconvénients tels que j'ai dû l'abandonner pour recourir à la taille à qui j'ai dû le succès. Je sais qu'on va me dire que si j'ai eu aussi peu à me louer de cette méthode, c'est que je n'ai pas su l'employer. C'est un reproche qu'on a aussi adressé à mes plus illustres maîtres, MM. Roux et Velpeau. Je dirai cependant que cela témoigne peu en faveur de la lithotritie ; car si de tels hommes rencontraient des difficultés insurmontables dans l'exécution d'une opération quelconque, on pourrait en conclure assez légitimement que le procédé est mauvais.

Une question que je ne veux pas omettre est celle relative aux chances de récidives auxquelles sont exposés les malades. On a vu dans les observations de mon père que, sur cinquante-six malades opérés, cinq ont offert des cas de récidive.

Je dois joindre à ces cinq observations celle qui m'est propre de M. Baldy, de Nîmes, où je trouvai un calcul formé dans le tissu même du périnée.

Au total, sur soixante et douze opérations, on trouve six cas de récidive. Nous serions bien désireux de savoir si, sur un pareil nombre d'opérés par la lithotritie, on ne trouverait pas un plus grand nombre de rechutes.

VIII. MALADIES DES VOIES GÉNITO-URINAIRES.

17. *Mémoire sur les fongus du testicule ;* par le docteur J.-F. Jarjavay, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien du Bureau central des hôpitaux, etc.

(Archives générales de médecine, juin 1849.)

Parmi les nombreuses lésions dont le testicule peut être atteint, il en est une peu connue et sur la nature de laquelle les chirurgiens français ne se sont point encore prononcés. Il eût été cependant fort utile qu'aucune incertitude ne régnât sur elle, attendu que les praticiens ont pu quelquefois être indécis sur le degré d'opportunité de certaines méthodes opératoires dont les résultats sont loin d'être les mêmes. Je veux parler d'une excroissance qui semble végéter sur la glande séminale, tumeur qu'on a désignée par des noms divers, mais qui est plus généra-

lement indiquée par celui de *fongus*. L'observation clinique des expériences faites sur les animaux vivants, m'ont donné l'espérance de pouvoir aujourd'hui élucider quelques questions relatives au développement, à la nature, aux symptômes de cette affection et au traitement qui lui convient.

Division. — L'anatomie pathologique démontre que, dans la majorité des cas, la substance de la tumeur se continue sans ligne de démarcation tranchée avec la pulpe séminale; mais il n'en est pas toujours ainsi. Il est possible, en effet, que, la glande étant mise à nu dans quelques circonstances, l'enveloppe séro-fibreuse devienne le siége d'une inflammation chronique dont l'effet est la formation de véritables fongosités. Des faits que j'ai recueillis dans les auteurs prouvent la justesse de cette proposition : j'en ai pu d'ailleurs observer quelques cas au lit du malade.

Les fongus bénins du testicule doivent donc être divisés en deux grandes classes : *A* ceux qui végètent sur l'enveloppe fibro-séreuse, ce sont les *fongus superficiels* ; *B* ceux qui poussent du parenchyme au travers d'une perforation de la tunique albuginée, ce sont les *fongus parenchymateux*.

A. Les premiers sont bien différents des seconds. Leur développement ne nécessite point une destruction préalable d'une portion de la tunique fibreuse, tandis que ceux-là ne peuvent naître et s'accroître qu'autant qu'un travail ulcératif aura produit sur elle une perte de substance. Les végétations superficielles peuvent se former dans deux circonstances : tantôt les enveloppes du testicule ont éprouvé une solution de continuité, c'est-à-dire que la glande est mise à nu, tantôt elles sont intactes. Dans ce dernier cas, il existe habituellement une hydrocèle concomitante. La lésion que A. Cooper appelle *tumeur fongoïde* de la tunique vaginale est un exemple de cette variété de fongus. Dans le premier, la glande n'étant plus soumise dans le point de son étendue qui est en contact avec l'air à la compression que le scrotum exerce naturellement sur elle, une inflammation se déclare, et des fongosités s'élèvent sur cette partie. Quelquefois ces phénomènes se sont développés à la suite d'une excision pratiquée sur les parois d'une hydrocèle dans le but d'obtenir une cure radicale : tel est le cas dû à Gooch et relaté par Sabatier. D'autres fois une injection irritante pratiquée dans la tunique vaginale n'a pu donner lieu à l'adhérence de cette membrane dans toute son étendue; un abcès s'est formé, une ouverture artificielle ou spontanée a permis l'issue du pus, et les parois du foyer se sont couvertes de bourgeons charnus qui,

devenant exubérants, ont fait saillie au travers de l'orifice fistuleux. C'est ainsi que se développa le fongus que j'ai observé, au mois de septembre dernier, à l'hôpital Saint-Antoine.

Obs. — Le jeune homme qui le portait avait un éléphantiasis des bourses et des membres inférieurs. La tumeur du scrotum était très-grosse; une injection irritante avait d'abord été faite sans succès dans la tunique vaginale : une seconde injection fut pratiquée quelque temps après, et à celle-ci avait succédé une inflammation qui détermina l'adhésion des parois du kyste, excepté vers la partie antérieure des bourses du côté droit, où s'était formé un abcés. Celui-ci avait été ouvert depuis quelques jours, lorsque je pris temporairement une section du service chirurgical de l'hôpital. Au travers de l'ouverture scrotale pratiquée par l'incision s'élevaient des fongosités de la surface desquelles suintait du pus ; celui-ci était abondant. Un stylet ayant été glissé sur la base de ce petit fongus, il fut facile de le promener autour de son collet et de constater une cavité dans la tunique séreuse. L'excision et la cautérisation pratiquées deux fois, à huit jours d'intervalle, détruisirent la tumeur, et provoquèrent une adhésion des parois de la poche et des lèvres de la petite plaie du scrotum ; il s'établit là une cicatrice adhérente au testicule, en sorte que cette glande ne pouvait glisser dans les bourses sans entraîner avec elle la partie des téguments qui était déprimée au niveau du point où avaient existé la fistule de la tunique vaginale et le fongus.

On comprend que toute action qui produirait une solution de continuité dans les bourses, telles qu'une incision, l'introduction d'une mèche ou d'un séton dans la tunique séreuse, pourrait être suivie de la formation d'un fongus. La cause est cependant quelquefois inconnue. Le malade de A. Cooper avait une santé débile. « Il remarqua, dit ce chirurgien, dans le côté gauche du scrotum un gonflement indolent qui coexistait avec une collection de sérosité dans la tunique vaginale » M. Brodie, qui fut consulté, prescrivit le traitement mercuriel, des applications de sangsues et le décubitus dorsal. A peine la tumeur diminua-t-elle de volume. Deux ponctions furent successivement pratiquées ; la première donna issue à 64 grammes de liquide. La tumeur ayant persisté, A. Cooper et Brodie continuèrent le même traitement et convinrent, au bout de quelques semaines d'insuccès, d'enlever le testicule, si une nouvelle ponction ne laissait sortir qu'une petite quantité de liquide, ce qui arriva en effet. La castration parut donc nécessaire. Voici ce que révéla l'examen anatomique de l'organe malade : « Le testicule était parfaite-

ment sain, le conduit déférent ne put être injecté que jusqu'au commencement de l'épididyme. La cavité de la tunique vaginale était remplie par une substance spongieuse, ayant tous les caractères d'un fongus qui est au début ; elle était épaissie et contenait une large plaque osseuse. »

Sam. Cooper n'a rencontré rien de semblable, mais il a vu entre les mains de M. le docteur Macartney une pièce qui démontrait évidemment l'existence des fongus superficiels. Ce fongus, dont la structure était dense et solide, tenait à la surface de la tunique albuginée, tandis que la substance de la glande était saine.

Je crois pouvoir rapprocher de ces deux faits un autre non moins remarquable, qui est dû à F. de Hilden. Cet auteur raconte qu'ayant été appelé en Alsace auprès d'un jeune homme courageux et d'une bonne santé, il tenta, par l'application de son caustique, la cure radicale d'une hydrocèle qu'il croyait simple. *Sed, bone Deus*, s'écrie-t il, *quam me fefellit opinio !* En effet, après la chute de l'escharе, une tumeur charnue, dure, lui apparut implantée sur la partie supérieure de la tunique vaginale, autour de l'épididyme. Cependant la guérison fut obtenue après l'administration de purgatifs et l'application de liniments, d'emplâtres et de cataplasmes émollients et maturatifs.

On lit dans une thèse de A. Bérard qu'en pareil cas Dupuytren se contenta d'exciser la tumeur en respectant le testicule, qui était sain. Ce fait, dont il n'est pas parlé longuement, manque de détails suffisants.

Les excroissances charnues qui se sont ainsi développées sur la membrane séreuse du testicule, doivent être assimilées aux bourgeons que l'inflammation engendre dans d'autres points du corps et qu'un état local fait devenir exubérants. D'autres cavités naturelles étant placées dans les mêmes conditions pathologiques présentent aussi quelquefois les mêmes fongosités. Un malade, entré dans le mois de février 1848 à l'hôpital Beaujon, portait sur le genou droit un hygroma du volume d'un œuf. Je pratiquai une incision sur toute la longueur de la partie affectée : un liquide séreux et purulent sortit par l'ouverture, assez large d'ailleurs pour permettre l'exploration de la cavité du kyste et avec le doigt et avec l'œil. La surface interne de la bourse muqueuse anté-rotulienne était recouverte de granulations d'une couleur rosée, d'un volume variable et dont quelques-unes étaient pédiculées. L'excision de trois d'entre elles permit d'en placer des fragments sous le microscope : elles étaient formées

en grande partie par du tissu fibro-plastique. L'aspect granuleux que présentent les parois de certaines articulations atteintes de phlegmasie chronique est dû à la production de fongosités de même nature. Ce sont elles encore que l'on n'observe que trop souvent dans les coulisses fibro-synoviales des doigts qu'occupe une certaine variété de panaris.

Quand la surface interne d'une cavité naturelle suppure, les parois tendent sans cesse à revenir sur elles mêmes en vertu de la rétractilité propre à la membrane des bourgeons charnus. D'ailleurs la tonicité des tissus circonvoisins, de la peau, par exemple, ajoute encore à cette force. Les bourgeons charnus, au contraire, ne peuvent se développer, s'épanouir que par un mouvement de nutrition vers leur périphérie, en sorte que ces deux tendances opposées concourent par une admirable harmonie à juxtaposer les parois et à favoriser le phénomène de l'adhésion. Mais supposez que la première force fasse défaut dans une plus ou moins grande étendue, la seconde s'exerçant là sans antagoniste, les bourgeons charnus grossissent et deviennent luxuriants. Ainsi s'élèvent les fongosités du fond d'une bourse séreuse entre les deux lèvres de l'incision cutanée, ainsi se forment les fongosités superficielles du testicule au travers d'une ouverture pratiquée sur le scrotum.

B. Les caractères anatomiques que présentent les fongus parenchymateux sont bien tranchés. La continuité de la substance du fongus avec celle de la glande ne peut point, en effet, être mise en doute. Tous les auteurs qui ont écrit sur ces végétations sont unanimes à cet égard. Lawrence a constaté ce fait sur une pièce qui a été conservée dans la collection anatomique de l'hôpital Saint-Barthélemy de Londres. Le fongus, dit ce chirurgien, provenait de la partie supérieure du parenchyme du testicule, dont la moitié environ avait conservé l'aspect et la structure qui lui sont propres. Le passage de la partie normale à la partie malade était insensible. Il en était de même dans deux autres cas : l'un des testicules était sain dans les trois quarts de son étendue, la pulpe de l'autre avait presque entièrement disparu dans la masse du fongus. A. Cooper, Curling, ont observé des faits identiques ; j'ai pu moi-même vérifier deux fois cette continuité sur deux fongus dont je parlerai plus loin.

Le volume des fongus bénins du testicule est variable : il égale celui d'une noisette, d'une noix ; il peut atteindre celui d'un gros œuf. En général, il est en raison inverse de celui de la glande, qui semble disparaître peu à peu au profit du parasite qui vit et se développe à ses dépens.

La forme de la tumeur peut être sphérique; c'est celle que présentait le fongus d'un des malades que j'ai observés Une autre fois, elle était ovoïde. Je vois dans l'ouvrage de Curling une figure représentant un fongus qui, ayant une scissure vers la partie moyenne, est manifestement bilobé. Dans un cas dont j'ai recueilli l'observation dans le service de M. le professeur Laugier, la tumeur, sans être formée de deux lobes distincts, était rétrécie vers le milieu.

Le fongus bénin du testicule paraît avoir toujours été unique; les deux glandes peuvent cependant devenir successivement le siége de cette végétation. Lawrence rapporte qu'un certain William Matheas, d'abord atteint de douleurs très-vives dans le testicule droit, qui présentait d'ailleurs une dureté considérable, vit, quatre mois après le début de sa maladie, le scrotum s'entr'ouvrir et donner passage à une tumeur fongueuse. Celle-ci ayant été graduellement coupée par le malade lui-même, la cicatrisation se fit cependant sans accident. Un mois après, le testicule gauche devint le siége des mêmes phénomènes ; un fongus s'y développa, qui fut détruit par le chirurgien de Londres à l'aide du caustique. La 7e observation du même auteur est relative à un homme de 50 ans dont les bourses avaient été violemment contuses sur le pommeau d'une selle. Immédiatement après l'accident, les deux testicules se tuméfièrent , un fongus s'éleva d'abord sur le gauche. La guérison de celui-ci fut suivie de l'apparition d'un fongus sur le testicule droit.

L'aspect des fongus bénins du testicule est à peu près celui d'une mûre; les granulations qui les recouvrent sont plus ou moins saillantes; leur présence est un fait si général que A. Cooper a désigné la maladie, comme on le sait, sous le nom de *tumeur granuleuse*. Cependant la 9e observation de Lawrence est relative à un cas qui fait exception à cette règle, car il est dit que l'excroissance ou tumeur était *parfaitement unie et n'avait aucune apparence granulée*. Dans l'un des cas que j'ai vus, les bourgeons charnus avaient été frappés de gangrène ; de petites plaques d'un blanc jaunâtre s'étaient détachées du fongus et avaient laissé après leur chute des dépressions correspondantes. Des anfractuosités, des sinus, peuvent aussi exister sur la tumeur.

La couleur est habituellement d'un rouge pâle. Une fois, j'ai vu les sillons qui circonscrivaient les granulations remplies d'un liquide grisâtre : c'était du pus qui donnait ainsi au fongus un aspect blanchâtre, piqueté de rouge. Dans quelques points se trouvaient de petites plaques jaunes, mobiles , qui étaient des portions sphacélées ; une autre fois, il était d'un rouge brun. La

coloration était noirâtre chez le malade qui eut successivement les deux testicules atteints et dont il a déjà été parlé. On conçoit que ces variétés sont dues à la plus ou moins grande quantité de sang qui se répand sur les couches extérieures de la tumeur.

La consistance est toujours très-ferme. Les fongus tiennent au corps de la glande par un pédicule plus ou moins large qu'embrasse à la manière d'un anneau la circonférence de l'ouverture scrotale. Comme les bourgeons charnus s'épanouissent immédiatement au delà de la peau, l'étranglement de la substance qui sert de réunion entre la production morbide et le testicule est toujours bien prononcé.

Quant au testicule, il peut diminuer considérablement de volume. Quelquefois on a vu disparaître toute la substance de la glande, qui ne présentait plus qu'un petit noyau surmonté par la masse épididymaire, tuméfiée et indurée. Ces parties peuvent le plus souvent être reconnues sous les téguments par le toucher.

Une coupe faite sur le fongus présente l'aspect d'une masse jaunâtre, compacte et sillonnée par des vaisseaux. Ce qui lui donne cette coloration, c'est la présence constante d'une substance jaune particulière, qui a déjà été signalée par A. Cooper, Bordie et Curling, comme étant un produit de l'orchite chronique. Les vaisseaux séminifères se trouvent aussi en plus ou moins grande quantité dans cette masse morbide, qui renferme en outre des artères, des veines et les tissus cellulaire et fibro-plastique.

La matière jaune est homogène, non organisée, dense et parsemée de granulations moléculaires ; elle est infiltrée dans toute l'étendue de la tumeur, mais plus abondante dans certaines parties que dans d'autres. On reconnaît, en effet, à l'œil nu une couche corticale très dure et un noyau plus foncé en couleur. Dans la couche corticale, la matière jaune est interposée aux fibres de tissu cellulaire et à l'élément fibro plastique qu'elle enveloppe et réunit d'une manière intime, à tel point qu'il est très-difficile de les isoler. Dans le noyau, elle sert de gangue aux mêmes éléments et de plus à des canalicules séminifères qui en renferment aussi dans leur cavité. Les vaisseaux spermatiques sont donc oblitérés par cette substance, qui d'ailleurs est la même que celle qui s'épanche dans l'interstice des fibres des tissus mous, des parenchymes principalement, alors qu'ils ont été le siége d'une inflammation chronique.

La présence des vaisseaux spermatiques dans le fongus a été démontrée par la macération. L'examen microscopique qu'a

bien voulu faire d'une pareille tumeur un de mes collègues, M. le docteur Robin, au talent et à l'obligeance duquel je dois tous les détails fournis par ce genre d'analyse, confirme aussi ce fait. On ne voit point de conduits spermatiques dans la couche corticale, où abondent, au contraire, les capillaires. Quant aux artères et aux veines, elles sont très-volumineuses et s'irradient de l'intérieur du testicule vers la périphérie du fongus.

La tunique albuginée ne présente aucune altération dans la partie qui correspond à la portion saine du testicule; mais vers le pédicule de la tumeur, elle commence à s'épaissir considérablement, se renverse en dehors comme pour permettre l'irruption du parenchyme glandulaire, et se perd insensiblement par une solution de continuité. De sa face profonde partent des prolongements fibreux, sorte de lames hypertrophiées qui accompagnent les vaisseaux dont le calibre est considérablement accru. Les deux feuillets de la séreuse, qui est ulcérée dans la partie correspondante, ainsi que les autres enveloppes, sont unis par des adhérences molles et filamenteuses. Au surplus, voici la description anatomique d'un fongus que j'ai observé à l'hôpital Saint-Antoine : elle pourra servir de complément et de preuve aux propositions que je viens d'émettre.

Obs. — La tumeur est du volume d'un petit œuf de poule; ferme et consistante, elle est recouverte à sa périphérie par des granulations analogues à celles que présentent les bourgeons charnus des plaies qui suppurent. On voit encore autour de ces petites saillies granulées une matière fluide, jaune, qui les circonscrit; c'est du pus. Cependant la forme du fongus n'est pas tout à fait arrondie, des dépressions existent çà et là, correspondant à des plaques d'un blanc jaunâtre, adhérentes encore, quoique mobiles. Ces plaques ressemblent à des parties sphacélées : elles ne sont autre chose, en effet, que des lambeaux frappés de mort. La coloration de la tumeur n'est donc pas uniformément rosée. Le scrotum présente une perforation parfaitement arrondie, dont les bords ont l'aspect du limbe d'un prépuce; les veines des téguments sont variqueuses.

Une injection a été pratiquée par les veines spermatiques et par l'artère testiculaire. Au moment où l'injection est pratiquée par l'artère, la tumeur devient subitement turgide. L'injection veineuse a été pratiquée en dernier lieu : celle-ci n'a point rempli beaucoup de capillaires au niveau des bourgeons charnus de la périphérie; la tumeur est toute rouge de la matière injectée.

Une coupe faite suivant le grand diamètre de la tumeur permet de voir : 1° une couche corticale pâle où les artérioles l'em-

portent par le nombre sur les veinules; 2° un noyau moins dense, plus foncé en couleur, où domine un aspect jaunâtre, comme aussi dans la couche enveloppante. Des artères, des veines volumineuses, partant de ce qui reste du testicule, traversent cette masse, s'irradient en se capillarisant vers la périphérie. Des prolongements fibreux très-denses, très-larges, se détachant de la tunique albuginée, leur servent de support. Il reste du testicule une portion grosse comme la pulpe du doigt indicateur, conservant tous les caractères d'un testicule sain, et parcouru par des artères et des veines non dilatées. La tunique fibreuse qui correspond à cette partie ne présente aucune altération. Au niveau du pédicule du fongus, la tumeur est épaissie, se recourbe en dehors, de manière à circonscrire un infundibulum, et se perd insensiblement sur la périphérie de la masse morbide. La tunique vaginale n'a plus de cavité. Des adhérences filamenteuses, d'un jaune d'ocre, circonscrivant des mailles étroites, réunissent ses parois pariétale et glanduleuse; elle est perforée comme la tunique albuginée. Des tractions légères permettent de déchirer les moyens d'union qui oblitèrent la séreuse.

L'analyse microscopique permet de constater dans la couche extérieure : 1° des capillaires, dont quelques-uns ne sont pas remplis par l'injection et ayant les caractères ordinaires; 2° des fibres de tissu cellulaire; 3° des éléments fibro-plastiques. Ces deux derniers éléments sont maintenus très-adhérents entre eux par de la matière homogène, unissante, très-dense, et parsemée de granulations moléculaires abondantes. Cette matière est jaunâtre; elle empêche l'isolement des fibres du tissu cellulaire, qui ne se présente plus ici sous forme de faisceaux onduleux. Les éléments fibro-plastiques présentent : 1° des noyaux fibro-plastiques ovoïdes, de $0^m,011$ de longueur, sur $0^m,006$ de largeur; ils contiennent un ou deux nucléoles, comme à l'état ordinaire; 2° des fibres fusiformes ayant $0^m,065$ environ de longueur; et souvent plus; leur largeur est de $0^m,007$, et au niveau de la partie la plus renflée se voit le noyau plus ou moins allongé qu'elles renferment habituellement, et qui ne diffère des noyaux libres que par une largeur moindre et une longueur un peu plus grande.

Dans le noyau se trouvent, de plus, des canalicules spermatiques plongés au milieu d'un magma jaunâtre; la même matière remplit leur cavité.

L'épididyme est considérablement augmenté de volume; il est dur, très-compacte; le tissu cellulaire du cordon est libre et mou, comme dans l'état normal.

Les veines spermatiques sont très-dilatées ; les artères sont aussi plus volumineuses qu'à l'ordinaire ; l'artère déférentielle de A. Cooper, qui a été injectée au moyen d'anastomoses évidentes qu'elle contracte avec l'artère testiculaire sur l'épididyme, est aussi grosse que cette dernière l'est habituellement. Une injection au mercure n'a pu pénétrer au delà de la queue de l'épididyme, qui n'est plus qu'une masse grisâtre et imperméable, où abondent des anastomoses artérielles et veineuses.

Causes et mécanisme. — On sait que les fongus parenchymateux ne se développent qu'à la condition qu'un travail ulcératif aura préalablement détruit une portion plus ou moins étendue de la tunique albuginée. Or, l'ulcération est un résultat de l'inflammation ; c'est pourquoi toute irritation portée sur le testicule me paraît devoir être considérée comme une cause éloignée des fongus bénins de cette glande. Tantôt, en effet, le fongus a pris naissance dans le cours d'une orchite aiguë, tantôt il a apparu à une époque plus ou moins éloignée du début d'une inflammation chronique siégeant dans l'épididyme et le canal déférent. D'autres fois c'est une contusion qui a été suivie de douleurs vagues et de la formation d'une tumeur dans l'intérieur des bourses. Cinq fois sur huit, Lawrence a constaté qu'un coup en avait été le point de départ. Dans un cas, un jeune taureau avait frappé de son pied, deux mois auparavant, le testicule du malade, dans un autre, l'individu s'était heurté lui-même contre le pommeau d'une selle qui avait fortement comprimé la glande séminale ; deux autres fois le fongus était produit par une orchite blennorrhagique. Dans les trois cas que j'ai eu l'occasion d'observer, la maladie était évidemment due à cette même cause. Je n'ai pu trouver qu'un seul exemple de fongus engendré par une inflammation franchement aiguë ; il appartient à Bertrandi.

Obs. — Un jeune homme de distinction avait une hydrocèle depuis deux ans. Après s'être fatigué par l'usage du cheval dans les montagnes, la maladie augmenta et lui causa des douleurs qui le déterminèrent à se soumettre, de son propre mouvement, à la cure radicale qu'il avait rejetée jusqu'alors. La troisième nuit après l'opération, le testicule devint fort gros ; la douleur et la fièvre étaient si considérables que les hypochondres furent agités de mouvements convulsifs et que le délire survint. Le chirurgien, appelé de grand matin, vit que le gonflement du testicule était la principale cause de tous les accidents ; les vaisseaux spermatiques étaient aussi fort enflés. Les saignées réitérées, les lavements et les autres remèdes antiphlogistiques qui furent administrés, quoiqu'ils eussent calmé la fièvre et la douleur, n'empê-

chèrent pas que, ce jour-là même, il ne se fît une grand crevasse à la tunique du testicule. Dès ce moment, les symptômes se calmèrent et le malade dormit. Il ne s'ensuivit ni suppuration, ni gangrène ; elles avaient été prévenues sans doute par la sage administration des remèdes ; mais les jours suivants, on aperçut une substance qui sortait par l'ouverture de la tunique du testicule qui grossissait de plus en plus en devenant rouge et s'amollissant. On continua l'usage des mêmes remèdes, et cette substance augmenta toujours...

La production de tubercules dans le testicule amène aussi à la longue l'érosion de la tunique albuginée. La pulpe séminale voisine de la perte de substance, n'étant plus soumise à la compression qu'exercent sur elle tous les autres points de cette enveloppe, s'échappe et bourgeonne à la manière d'un champignon. Un bel exemple de fongus développé sur un testicule scrofuleux s'est présenté, il y a quelques mois, dans le service de M. Morel-Lavallée, à l'hôpital de la Charité. Je ne puis le rapporter dans tous ses détails, attendu que ce chirurgien doit en faire le sujet d'un travail spécial.

Tous ces fongus se forment d'ailleurs de la même manière, c'est-à-dire par suite d'un défaut de compression sur une portion du parenchyme glandulaire L'expérimentation sur les animaux vivants confirme cette théorie. Si l'on excise, en effet, sur des chiens, une partie de la tunique albuginée et du scrotum, la pulpe séminale s'élève entre les lèvres de la solution de continuité et ne peut être refoulée avec l'extrémité mousse d'un stylet qu'avec une grande difficulté ; qui plus est, dès que cesse l'action de l'instrument, la petite tumeur reparaît. J'ai pu même, en abandonnant aux seules forces de la nature des chiens ainsi mutilés, constater qu'au bout de huit à quinze jours un appendice digitiforme végétait de la surface du parenchyme chez quelques-uns d'entre eux. C'est par le même mécanisme que l'iris vient former au travers d'une ulcération de la cornée une petite grosseur connue sous le nom de *myocéphalon*, que la moelle des os s'élève dans certains cas comme un champignon à la surface d'une coupe pratiquée par la scie, et que la substance cérébrale s'élève au travers d'une perforation des os du crâne. Cette dernière comparaison ne peut être cependant assimilée en tous points au bourgeonnement des fongus bénins du testicule. L'inflammation produit, en effet, une double action dans ce dernier cas, tandis qu'elle n'en détermine qu'une seule dans le premier. Comme le cerveau, la pulpe séminale tend a augmenter de volume par suite de l'afflux des liquides; de plus, la matière jaunâtre qui

s'épanche entre les longs conduits spermatiques en augmente considérablement le volume : dans la substance du cerveau comme dans celle du testicule, existe donc une tendance au développement périphérique. Mais la boîte cranienne oppose une résistance donnée qui est invariable. Les membranes ne peuvent s'en éloigner en revenant sur elles-mêmes, car un vide s'établirait entre elles et les os, ce qui est contraire aux lois de la physique. La tunique albuginée, au contraire, comme les tissus blancs enflammés, se rétracte et comprime de plus en plus son contenu, si bien que, la maladie étant abandonnée à elle-même, celui-ci peut s'exprimer en totalité au travers de la perforation comme au travers d'une filière, et laisser la coque fibreuse à peu près vide. C'est là un phénomène qu'avait déjà indiqué Bertrandi, qui conseille d'éviter l'application des remèdes qui relâchent et amollissent ; « sinon, ajoute-t-il, toute la substance du testicule s'échapperait complétement et il faudrait couper la tunique, qui resterait vide, en cas qu'elle ne tombât point par la suppuration. » Le même antagonisme s'établit ainsi dans les membres entre les muscles et les aponévroses d'enveloppe, quand celles-ci ont subi une perte de substance.

Symptômes et marche.—Les fongus bénins du testicule sont, en général, précédés des symptômes d'une inflammation chronique de la glande. Le temps qui sépare l'apparition de la tumeur du début de l'inflammation est très-variable : tantôt le fongus est formé au bout de trois semaines, deux mois, quatre mois ; tantôt l'intervalle est beaucoup plus long. Le malade qui était entré dans le service de M. le professeur Laugier avait eu, pendant les trois ans qui avaient précédé la naissance du fongus, une orchite dont l'intensité n'était pas grande, mais qui se calmait par intervalles sans disparaître jamais complétement. Dans le cas que j'ai rapporté plus haut et qui a été emprunté à Bertrandi, le fongus s'était développé avec rapidité, comme l'orchite aiguë qui avait produit l'ulcération de la tunique albuginée.

Le testicule qui est atteint de cette inflammation presque toujours chronique présente, au bout de quelque temps, une ou deux bosselures où se font sentir des douleurs d'une intensité variable. Bientôt la tumeur se détache plus nettement du corps de la glande, elle proémine de plus en plus ; la peau du scrotum s'amincit et devient d'un rouge brun. Quelquefois une ulcération unique, d'autres fois deux, trois ouvertures se forment et se confondent ultérieurement en une seule beaucoup plus large. Un liquide séreux s'est échappé dans quelques cas par ces orifices : c'est ce que m'a raconté le malade dont j'ai recueilli l'ob-

servation à l'hôpital de la Pitié. D'autres fois des ponctions pratiquées avec la lancette ont permis l'issue du liquide avant que le fongus ait fait saillie hors des téguments. Bien plus souvent encore des adhérences s'établissent entre la séreuse viscérale et la séreuse pariétale, de sorte que l'ulcération envahit les parties qui sont unies entre elles et que la tumeur fongueuse apparaît aussitôt que la perte de substance est assez grande pour lui offrir une issue, sans qu'un liquide séreux se soit échappé par l'ouverture. Lawrence signale un amendement notable dans la douleur, dès que le fongus s'élève hors des téguments. Ce phénomène ne me paraît point constant, car j'ai constaté trois fois que l'état du malade n'avait présenté aucun changement.

Le fongus confirmé présente l'aspect d'une hémisphère superposée au scrotum. Le simple contact des corps extérieurs sur la tumeur ne tourmente point les malades; cependant la compression y développe une douleur caractéristique. Nul auteur ne signale cette dernière particularité ; j'insiste sur elle parce qu'elle est féconde en déductions. Le cas que voici en est un bel exemple.

Obs. — Le 21 octobre 1848, entra à l'hôpital Saint-Antoine le nommé Mercier (Louis), âgé de 50 ans, ébéniste. Ce malade, qui était d'un tempérament lymphatique, dont le système musculaire était peu développé, fut couché au n° 26 de la salle Saint-François. Il nous apprit qu'en 1840 il avait eu une blennorrhagie, qui céda, dit-il, à l'administration de certaines poudres que lui avait conseillées un pharmacien. Un an plus tard, un nouvel écoulement s'établit dans l'urètre : l'aine du côté gauche fut le siége de bubons qui suppurèrent, on voit les cicatrices qui en sont le résultat. Le malade suivit un traitement antivénérien pendant un mois ; l'écoulement disparut. Cependant des suintements apparaissaient et disparaissaient dans le long intervalle de temps qui suivit jusqu'au mois d'août dernier. Tout à coup, sans cause appréciable, une tuméfaction se déclara dans les bourses ; c'était une bosselure bien distincte qui siégeait sur le testicule gauche. Notre malade se présenta à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine, où le repos et l'application de cataplasme émollients sur les parties malades lui furent conseillés. Un mois plus tard, la tuméfaction devint plus prononcée sur la partie antérieure des bourses ; elle devint de plus en plus rouge, douloureuse et saillante. Enfin une ouverture s'établit spontanément et donna issue à du pus. Une seconde perforation se fit bientôt à côté de la première ; le petit pont des téguments qui les séparait se rompit ; l'orifice large qui en résulta permit l'irruption d'une grosseur rouge, chagrinée, dont le développement fut très-rapide.

Cependant le malade porta toujours un cataplasme et n'abandonna point ses travaux. Les douleurs ne furent point calmées par l'apparition du fongus. Des tiraillements se firent sentir dans le cordon et vers la région lombaire ; ils devinrent si pénibles que le malade ne put plus vaquer à ses occupations, comme par le passé.

A son entrée à l'hôpital, on voyait sur les bourses du côté gauche une tumeur séparée du scrotum par une base rétrécie, ce qui donnait à l'ensemble de ces deux parties la forme d'une gourde. La tumeur antérieure, celle qui est formée par le fongus, est plus volumineuse que la postérieure uniquement constituée par le scrotum et des débris du testicule. Elle est un peu oblongue, d'un rose piqueté, reposant sur un fond gris. Elle n'est pas saignante ; les sillons qui circonscrivent les bourgeons sont remplis du pus. Le poids est très-grand, de sorte que le fongus, entraîné vers la patrie la plus déclive des bourses, cause des tiraillements très-douloureux.

La base ou plutôt le col de la production morbide est embrassé par un bourrelet dont une face muqueuse suppure, et l'autre cutanée se continue avec le reste du scrotum. Les veines du scrotum sont dilatées. Le testicule présente le volume de la pulpe du doigt et se trouve en arrière de la tumeur. L'épididyme est très-dur, très-volumineux ; point de suintement blennorrhagique par la muqueuse urétrale.

Les douleurs que le malade accuse dans l'aine et les lombes sont exaspérées par la station debout, par la marche et les mouvements dans le lit. La compression sur les débris du testicule, sur le fongus, provoque les mêmes douleurs que celle qui est exercée sur la glande séminale du côté droit, c'est-à-dire que cette douleur retentit dans les lombes, est accablante, syncopale.

D'ailleurs, l'état général est bon ; les ganglions de l'aine ne sont point engorgés.

Le 25, le malade est assoupi au moyen des vapeurs chloroformiques, et la castration est opérée. Pour cela, une incision a été pratiquée sur le scrotum depuis l'orifice externe du canal inguinal jusqu'à 1 centimètre environ au-dessus du fongus. Puis deux autres incisions, qui sont courbes et partent de l'extrémité inférieure de la première, circonscrivent la tumeur en se réunissant au-dessous d'elle. Dissection des téguments. Énucléation de la production morbide et du testicule. Dissection et isolement du cordon ; les éléments qui le composent sont coupés avec soin l'un après l'autre, et des ligatures sont placées à proportion sur les vaisseaux qui donnent du sang.

Le pansement ordinaire est appliqué : rien n'entrave la marche de la guérison, la cicatrisation est naturellement obtenue, et le malade sort guéri le 11 décembre.

La douleur causée par la compression a donc un caractère spécial ; je n'ai point observé les élancements particuliers au cancer dans ces fongus. L'inflammation occupe-t-elle encore le testicule, la douleur peut être tensive. Plus tard, la tumeur ne cause que de la gêne ; son poids devient très-incommode et détermine des tiraillements dans le cordon, dans les régions inguinale et lombaire : c'est pourquoi la marche devient pénible, quelquefois même très difficile.

Dans aucun des cas dont j'ai lu la relation ou que j'ai observés, il n'existait d'inflammation concomitante sur la muqueuse urétrale. J'ignore quel peut être l'état des vésicules séminales. Quant à l'épididyme, il est certain qu'il peut exister des oblitération dans le canal tortueux qui le forme. Curling, A. Cooper, l'ont vu rempli par cette substance jaune, très-adhérente et très-dense, dont j'ai déjà parlé. Le mercure n'a pu pénétrer dans l'épididyme du testicule malade dont l'anatomie pathologique a déjà été présentée dans ce travail. Le tissu cellulaire qui réunit les flexuosités du canal excréteur peut être épaissi, induré, de sorte que la masse épididymaire forme une tumeur compacte, bien distincte du testicule. Le cordon est quelquefois engorgé, très ferme, comme chez le malade qui m'a présenté les particularités suivantes :

Obs. — Le nommé Dhôtel (Claude), âgé de 58 ans, d'une constitution faible, d'un tempérament lymphatique, entra le 10 septembre 1845 à l'hôpital de la Charité. Il avait eu plusieurs chancres et des bubons à une époque assez éloignée qu'il ne pouvait préciser. Un an auparavant, il avait aussi été atteint d'une pneumonie. Vers la fin du mois de février 1845, il lui survint tout à coup dans les bourses, du côté gauche, une grosseur d'abord peu douloureuse, qui augmenta peu à peu de volume, et devint rouge, puis d'un rouge brun foncé. S'il faut l'en croire, cette tumeur fut prise par lui pour un abcès : c'est pourquoi, six semaines avant son entrée, il laissa tomber sur elle une goutte d'acide nitrique pour en opérer l'ouverture au moyen d'une eschare. Celle ci s'établit, en effet, et tomba au bout de quelques jours ; mais un fongus s'éleva au travers de l'ouverture scrotale. Voici l'état des parties à son entrée dans la salle Sainte-Vierge :

La tumeur des bourses est d'un poids assez considérable ; elle est dure au toucher, aussi volumineuse qu'une noix ; elle est

entourée à sa base par une espèce de bourrelet que lui fait le scrotum ; sa couleur est rouge-brun ; son aspect chagriné, mamelonné. Le cordon présente un volume considérable ; il est comme une grosse corde dure, étendue de l'épididyme tuméfiée au canal inguinal. Ni le testicule, ni le cordon, ne sont le siége de douleurs lancinantes. Point de ganglions lymphatiques engorgés. L'état général est bon.

La castration fut pratiquée le 20. La moitié du testicule était encore à l'état sain ; elle se continuait, sans ligne de démarcation, avec la substance du fongus, au travers de la tunique albuginée ulcérée. L'épididyme et le cordon étaient blancs, denses, constituant une masse due à de la lymphe plastique condensée ; ils ne présentaient aucun des caractères du cancer.

Dhôtel sortit guéri le 18 novembre.

Quand le fongus bénin du testicule est abandonné à lui-même, il augmente toujours de volume. Cette marche est le résultat inévitable auquel concourent simultanément la force rétractile de la tunique albuginée et l'épanouissement de la pulpe séminale, où se dépose de plus en plus de la matière jaune et où s'accroissent sans cesse le nombre et le calibre des vaisseaux. La guérison spontanée paraît possible à Lawrence, qui énonce ce fait comme probable sans en donner toutefois la raison ni le mécanisme. Ce mécanisme est bien facile à concevoir. Le parenchyme qui s'est dégagé de sa coque fibreuse, étant en contact avec les corps extérieurs, s'enflamme, suppure, se gangrène en partie, et disparaît au milieu des produits de l'inflammation ; en même temps, la membrane albuginée se rétracte et finit par ne plus former qu'un noyau dur et insensible au milieu du scrotum. Soit que le fongus observé sur le malade de l'hôpital de la Pitié se soit résorbé sous l'influence de la médication prescrite par M. le professeur Laugier, soit qu'il ait disparu sous forme de détritus emportés par le pus qui s'exhalait de la surface, toujours est-il que la pulpe séminale avait disparu et qu'une compression très-forte ne faisait point naître dans la petite masse enfermée dans le scrotum la douleur accablante, caractéristique, et si bien connue.

Obs. — Le jeune homme qui a été le sujet de cette observation était un nommé Lesueur-Chamary, âgé de 28 ans. Habituellement d'une bonne santé, il avait cependant un teint pâle et présentait tous les attributs d'un tempérament lymphatique. En 1841, il avait eu des chancres et des bubons, et était entré pour ces affections à l'hôpital de Saint Malo, où il n'était resté que quinze jours. Ce malade, d'une intelligence obtuse, dit qu'il

voulut sortir, que ses *plaies* étaient cicatrisées, mais que néanmoins il suintait toujours de la matière blanche par la verge. Lesueur n'en continua pas moins de travailler à son état de maçon.

Dans un intervalle de quatre années qui suivit sa sortie, il n'eut que quelques dérangements insignifiants dans sa santé. Ce fut au bout de ce temps seulement que les bourses devinrent volumineuses et furent le siége de douleurs qui n'étaient point vives. Le malade assure qu'il n'y eut point de rougeur. Aucun traitement ne fut employé. La tumé action augmenta, diminua, à plusieurs reprises. Il n'y a qu'un an environ qu'une rougeur s'est déclarée, accompagnée d'un grand malaise Une ouverture se fit spontanément sur les bourses, et il en sortit une *eau limpide*. Une seconde, une troisième ouverture, s'établirent, qui se confondirent ensemble, et enfin avec la première. Des chairs apparurent ; Lesueur les coupa plusieurs fois avec un rasoir. La section n'était pas bien douloureuse ; elle était suivie d'un petit écoulement du sang. Comme la tumeur repoussait toujours, il entra, vers la fin du mois de septembre 1846, à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Laugier.

Lesueur avait, en outre, des ulcérations et des pustules syphilitiques sur le tronc et les membres. En raison de la vérole constitutionnelle dont il était évidemment atteint, 1 gramme d'iodure de potassium lui fut chaque jour prescrit. La tumeur des bourses, qui était granulée, rétrécie vers sa partie moyenne, rougeâtre, fut recouverte d'un cataplasme, suppura et diminua peu à peu de volume. Au bout de deux mois, la peau du scrotum put glisser sur les débris du testicule, et contracta avec eux une adhérence solide, déprimée, présentant tous les caractères des cicatrices qui s'établissent entre la peau et les os qui ont été frappés de carie ou de nécrose.

Cette cicatrice repose sur un noyau arrondi, dur, sur lequel la compression ne développe point de douleur ; au-dessus se trouve un épididyme volumineux, compacte et presque insensible.

Les symptômes de syphilis constitutionnelle ont disparu sous l'influence du traitement général qui a été suivi.

Comme dans le cas précédent, la cicatrice des téguments est toujours fixée sur les débris du testicule, quel que soit le procédé que la nature ou l'art aient employé dans le but de la guérison. Mais cette fin se fait longtemps attendre, quand des soins n'interviennent pas, quoique la marche du fongus soit naturellement progressive.

Diagnostique. — On a cru pendant longtemps que le fongus

bénin du testicule était une tumeur cancéreuse ; l'erreur s'explique d'autant mieux que les progrès de l'anatomie pathologique sur les tissus hétéromorphes sont encore récents. Que l'encéphaloïde ou le squirre soient soumis à une compression, jamais celle-ci ne développera en eux cette douleur accablante que fait sentir le testicule fongueux. Il est vrai qu'un sentiment de gêne, un poids très-incommode tourmente les malades dans les deux cas ; mais le cancer est traversé par des douleurs lancinantes qui n'appartiennent qu'à lui. D'ailleurs il ne suinte pas de la surface du fongus une sanie d'une odeur repoussante ; on ne voit pas non plus d'hémorrhagies se déclarer pendant son développement. Les excroissances qui s'élèvent des ulcérations de l'encéphaloïde saignent, au contraire, très-fréquemment. Elles sont molles, très-friables, tandis que le fongus bénin est dur, très-résistant. Les ganglions lymphatiques sont souvent affectés dans les cas de tumeur carcinomateuse ; dans aucun des fongus bénins, les ganglions n'ont été vus engorgés. Il serait possible néanmoins que ceux de l'aine fussent tuméfiés et enflammés, car ils reçoivent les vaisseaux lymphatiques qui partent du scrotum. Il ne faudrait point chercher un symptôme différentiel dans l'engorgement du cordon, puisque cette tuméfaction peut accompagner le fongus bénin comme le cancer. L'aspect de l'ulcération présente, au contraire, des caractères différentiels ; dans le cas de cancer, elle ne repose point sur une tumeur étranglée vers sa base, et elle ne supporte point des granulations régulières et rouges en général; c'est l'opposé pour le fongus. Les diverses tumeurs ulcérées du scrotum ne pourraient non plus être confondues avec lui, car un examen tant soit peu attentif permettra de constater que les bourses sont perforées, et que le point d'implantation du parasite est sur la glande séminale.

Si le fongus est encore petit, on pourrait prendre facilement la tumeur formée par les tubes séminifères et les produits de l'inflammation avec les fongosités qui peuvent s'élever de la surface de la tunique albuginée, c'est-à-dire qu'il n'est pas toujours aisé de déterminer si la tumeur est superficielle ou parenchymateuse. Dans ces cas douteux, on devra consulter les symptômes commémoratifs. Les bourses ayant reçu une contusion, une tuméfaction bien limitée en a-t-elle été le résultat ; ou bien une inflammation chronique causée par une blennorrhagie s'est-elle emparée du testicule pendant quelque temps, et par la suite une ulcération s'étant formée sur le scrotum, un fongus a-t-il apparu, tout portera à croire que la pulpe du testicule s'est échappée au travers d'une ulcération de la tunique fibro-séreuse. Si, au con-

traire, c'est pendant la suppuration d'une plaie du scrotum avec perte de substance ou après la chute d'une eschare de cette partie que se sont élevées des fongosités, il sera présumable que la tumeur est superficielle. D'ailleurs une compression exercée sur le fongus provoquera la douleur caractéristique, tandis qu'elle ne la produira point si la tumeur est uniquement constituée par des bourgeons charnus qui ont végété sur la tunique vaginale.

Pronostic. — D'après les considérations qui ont été exposées dans le cours de ce mémoire, on voit que le pronostic des fongus dont il est ici question ne présente point de gravité ; il varie suivant les diverses époques du développement de la tumeur. En effet, la nature de ces fongus est tout à fait bénigne. Uniquement constitués par du tissu fibro-plastique et par la matière jaune, masse compacte qui empâte les vaisseaux hypertrophiés et les conduits séminifères, ils ne dégénèrent point en cancer. Les erreurs de diagnostique souvent commises ont permis l'analyse de ces fongus, et cette analyse a justifié la proposition précédente. La gravité du pronostic dépend de l'état plus ou moins avancé de la maladie. Quand le fongus commence à sortir à travers l'enveloppe fibreuse ulcérée, on peut espérer de prévenir les désordres qui résulteraient de l'issue d'une trop grande quantité du parenchyme. Si, au contraire, la tumeur est très-grosse, si le volume du testicule est réduit des trois quarts, ce serait en vain qu'on chercherait à conserver la glande dans toute son intégrité ; la castration pourrait être évitée sans doute, mais les débris du testicule ne seraient plus qu'une petite masse dure, inhabile à sécréter le liquide spermatique, c'est-à-dire que, sous le point de vue de ses fonctions, la perte du testicule serait consommée.

La cause qui a occasionné le développement des fongus bénins du testicule modifie puissamment encore le pronostic. La tumeur étant même peu volumineuse, il peut se faire que le testicule soit déjà détruit, si des tubercules nombreux en ont envahi le parenchyme. Le fongus n'est alors qu'un accident qui s'est produit dans le cours d'une maladie déja grave par elle-même. Quand une inflammation chronique est le point de départ du mal, on peut espérer qu'en diminuant l'intensité de la cause par des moyens appropriés les dangers deviendront moindres. Enfin, si le fongus est superficiel, le pronostic ne sera point alarmant, puisque les vaisseaux séminifères ne seront point endommagés, alors que l'excision ou la cautérisation seront employées pour obtenir la guérison. Une question importante se présente cependant, c'est celle de savoir si le fongus superficiel abandonné à lui-même ne peut point, par suite de l'usure de la tunique albu-

ginée, donner naissance à un fongus parenchymateux : l'observation ne me paraît pas avoir fourni les faits nécessaires pour la résoudre.

Traitement. — L'appréciation des divers moyens qui ont été tentés contre les fongus bénins du testicule est maintenant devenue facile, car elle est indiquée par l'anatomie et la physiologie pathologique.

Mais d'abord que penser de la guérison spontanée de ces fongus? ne vaudrait-il pas mieux les abandonner à eux-mêmes que tourmenter les malades par des souffrances qu'on pourrait peut-être leur éviter? La première et la seule objection qui se soit présentée aux chirurgiens qui ont conçu la possibilité de cette cure spontanée est la longueur du travail nécessaire à cette terminaison ; j'en ajoute une autre bien plus importante à mon avis, c'est la perte certaine du testicule, car la rétractilité permanente de la tunique albuginée ne ferait qu'accroître le volume de la tumeur en chassant la pulpe séminale au dehors. Les topiques émollients seraient inutiles, on sait même que Bertrandi en rejette l'emploi. Les fongus bénins ne sauraient donc être abandonnés aux soins de la nature, puisque, à aucune époque de leur durée, ils ne pourraient par eux-mêmes se terminer d'une manière heureuse.

La thérapeutique qui a été suivie jusqu'ici contre ces fongus comprend : 1° la médication interne, 2° la compression, 3° les topiques astringents, 4° les caustiques, 5° la ligature ; 6° l'excision, soit simple, soit aidée de la compression ou de la suture ; 7° enfin la castration.

1° *Médication interne.* Si le malade atteint d'un fongus bénin du testicule présentait en même temps des symptômes de syphilis, serait-on autorisé à ne diriger contre la tumeur que le traitement antivénérien ? Je n'hésite pas à répondre à cette question d'une manière négative. Dans tous les cas où les préparations mercurielles ont été employées par Curling, les applications de certaines poudres et la compression avaient été faites simultanément sur la tumeur. A. Cooper et B. Brodie avaient échoué avec les préparations antisiphylitiques dans un cas où un fongus superficiel s'était développé sur la tunique vaginale. Je ne connais qu'une observation qui nous démontre la disparition d'un fongus e la cicatrisation spontanée de la solution de continuité du scrotum à la suite de l'administration à l'intérieur de l'iodure de potassium ; c'est celle que j'ai relatée plus haut. Nul doute que l'iodure de potassium n'ait puissamment contribué à ce résultat ; mais d'après les notions de physiologie pathologique que nous pos-

sédons relativement à la marche de ces fongus, n'est-il pas permis de se demander si le résultat définitif n'aurait pas été le même, la maladie ayant été abandonnée à son cours naturel? Dans cette dernière hypothèse, la tunique fibreuse se serait vidée, et du testicule il ne serait resté qu'un petit noyau dur, insensible sous la compression comme dans le cas en question : aussi ce fait ne me paraît-il pas concluant. En tous cas, l'iodure de potassium et les mercuriaux, qui seuls me paraissent insuffisants, pourraient heureusement seconder l'action de certains moyens mécaniques ou de certains topiques appliqués sur le fongus.

2° *Compression.* La présence du fongus dans l'aire de l'ulcération scrotale est le seul obstacle, mais un obstacle dont l'action est constante, à la réunion des bords de la solution de continuité. Si le fongus n'était qu'une simple hernie du testicule, je veux dire une tumeur formée par le parenchyme de la glande sortant hors de la tunique albuginée sans lésion aucune de son tissu, une compression méthodiquement appliquée sur les bourses pourrait plus ou moins bien réduire cette hernie. Mais on connaît la composition du fongus, l'épaississement et la rétraction de la tunique albuginée, qui ne saurait plus avoir assez de capacité pour recevoir la masse qui en est sortie. Aussi la compression me paraît elle impuissante dans l'immense majorité des cas. Pour qu'elle eût une action efficace, il faudrait que la tumeur fût récente et eût un petit volume. La compression établie sur les bourses, agissant non pas à la manière d'une puissance qui pousserait, comme le fait le doigt dans l'opération du taxis, la partie herniée dans son ancien domicile, mais bien comme adjuvant de l'absorption insterstitielle s'exerçant à la fois sur le testicule et sur le fongus, aurait un résultat heureux et d'autant plus prompt que le fongus serait moindre. C'est ainsi que Fricke a guéri des orchites chroniques. On pourrait bien, il est vrai, affaisser une tumeur plus grosse au moyen de la compression, tout en diminuant simultanément le volume du testicule, et faire ensuite glisser les enveloppes sur la tumeur ; on réduirait ainsi le fongus, non pas dans la tunique albuginée, mais dans le scrotum, ce qui a eu lieu, en effet, dans certains cas où la compression était employée comme auxiliaire des astringents. En résumé, cette seconde méthode ne peut guérir le fongus bénin qu'autant que celui-ci est récent et peu volumineux. Elle agit en même temps sur l'orchite chronique, qui est le point de départ du mal.

3° *Astringents.* Les astringents ont été employés à l'état solide ou liquide. La poudre d'alun dont il saupoudrait le fongus a

réussi, entre les mains de A. Cooper dans un cas où une hypersarcose proéminente à la manière d'un polype de l'intérieur du nez avait été prise pour une production de mauvaise nature. Quant aux astringents liquides, ils ont souvent été mis en usage ; mais il serait difficile de préciser le degré d'influence qu'ils ont exercé sur la guérison, car des médications internes et la compression étaient prescrites simultanément. On conçoit néanmoins que la solution de nitrate d'argent, de sulfate de cuivre, assez faible pour exercer une action astringente, fît resserrer les vaisseaux qui abondent dans le fongus, et que, le sang y affluant en moins grande quantité, l'excroissance perdît peu à peu de son volume.

4° *Escharotiques.* Les caustiques peuvent, en détruisant le fongus, faciliter la cicatrisation des bords de la solution de continuité. Le nitrate d'argent, le sulfate de cuivre en poudre, ont amené des guérisons. A. Cooper, qui reconnaît l'action efficace de ces topiques, signale les effets funestes de l'acide arsénieux, dont l'absorption provoqua dans deux cas les phénomènes de l'empoisonnement. La méthode de la cautérisation n'a pas été généralement mise en usage. Brodie, qui recommande de saupoudrer le fongus avec le protonitrate de mercure, abandonne ce topique quand se sont développés des bourgeons de bonne apparence, pour y substituer une solution faible de sulfate de cuivre dans une mixture camphrée. Si l'on ne devait avoir d'autre but, dans le traitement du fongus bénin, que celui d'enlever l'obstacle qui s'oppose à la cicatrisation, la cautérisation serait bien inférieure à l'excision, car elle exige un temps beaucoup plus long pour atteindre le but que le chirurgien a en vue ; d'ailleurs l'emploi des caustiques peut ne point donner lieu à une plaie nette, régulière, qui, par accident, peut se compliquer de douleurs vives et d'inflammation.

5° *Ligature.* La ligature a été conseillée et mise deux fois en usage par Lawrence sur deux fongus volumineux, mais supportés par un pédicule étroit. Dans le premier de ces cas, la douleur causée par la constriction fut très-vive, et cependant la lecture de l'observation permet de supposer que le fil n'avait pas été fortement serré. Ce qui vient à l'appui de cette conjecture, c'est que la tumeur, dit le chirurgien anglais, ne tomba que quelque semaines plus tard. Le calibre des vaisseaux qui traversaient le pédicule n'avait point été effacé, puisque le fongus qui tenait encore au corps du testicule ayant été détaché avec le bistouri, il s'ensuivit une *hémorrhagie considérable.* La cautérisation avait été inutile sur le second malade. Une *forte* ligature fut

appliquée sur la base de la tumeur et serrée autant que possible. Cette fois, la douleur fut extrême ; au bout de quelques heures, elle se propagea sur le trajet du cordon et dans la région lombaire : elle ne fut calmée que par l'administration de topiques émollients et de petites doses d'opium ; comme complication, une fièvre se déclara, qui céda aux moyens ordinaires. Quelques fibres tenant encore au fongus furent coupées le dixième jour. Ces deux exemples nous permettent d'apprécier la méthode de la ligature, dont les effets pouvaient être facilement prévus, à cause de la présence des tubes séminifères dans la tumeur. L'observation clinique a démontré qu'une simple compression détermine dans le fongus les mêmes douleurs que dans le testicule sain. Comment donc une forte constriction exercée sur le pédicule ne causerait-elle pas une extrême souffrance ? qu'est-il étonnant que dans un cas la fièvre se soit développée ? En présence de ces accidents, je n'hésite pas à rejeter la ligature du traitement des fongus bénins du testicule.

Je n'ai parlé jusqu'ici que du traitement des fongus parenchymateux. Les caustiques et plutôt encore la ligature peuvent être mis en usage avec succès pour les fongus superficiels. La ligature surtout n'a point contre elle les objections qui s'élèvent naturellement quand il s'agit des premiers. Ils est évident que la médication interne, la compression et les astringents seraient insuffisants et ne doivent point être choisis.

6° *Excision.* Cette méthode a sur les précédentes l'avantage de placer plus vite les bords de la perforation du scrotum dans les conditions favorables à la cicatrisation. La section du fongus n'est point douloureuse, puisque des malades en ont quelquefois eux-mêmes enlevé des portions avec l'instrument tranchant ; mais elle expose à un accident nouveau, l'hémorrhagie. L'excision est d'ailleurs pratiquée avec le bistouri, et la plaie est ensuite pansée comme une plaie simple : ou bien l'excision est aidée de la compression ou de la suture. La compression lutte contre l'action concentrique de la tunique albuginée et prévient le développement d'un nouveau fongus. La suture produit le même résultat, quoique avec moins de force. Elle est préconisée par A. Cooper, qui conseille deux incisions courbes sur le scrotum, près de la tumeur, que l'on doit enlever avec le bistouri, puis la réunion des lèvres de la solution de continuité.

Préférée par Lawrence aux autres méthodes, l'excision entraîne nécessairement la perte d'une portion du testicule : voilà pourquoi Curling la condamne. Elle se rapproche singulièrement de la castration, quand la presque totalité des tubes séminifères

a passé dans le fongus. Mais, dans cette dernière hypothèse, je ne vois pas pour quelles raisons Curling rejette l'excision d'une manière absolue. S'il était certain que les vaisseaux pussent, après l'emploi simultané de la compression et des astringents, rentrer dans la tunique albuginée et recouvrer les propriétés dont ils jouissent dans l'état sain, je le comprendrais. Mais est-il bien démontré qu'une fois oblitérés par la matière jaune et englobés par elle, les filaments spermatiques redeviennent perméables à la liqueur fécondante? La tunique albuginée ne se racornit-elle pas de plus en plus? Dans une observation rapportée par Lawrence, on lit qu'un individu porteur d'un fongus sur le testicule gauche perdit tout désir vénérien dès que le testicule de ce côté était devenu malade; celui du côté droit, ayant été le siége de la même affection, était déjà complétement détruit. Je n'ai d'ailleurs trouvé aucun fait qui prouve d'une manière certaine qu'un fongus, fût-il même peu volumineux, eût guéri avec l'intégrité des fonctions de la glande séminale. Que si l'on a constaté, dans un petit nombre de cas, du sperme au milieu du pus qui s'exhalait de la surface d'une ulcération, il ne faut pas en déduire d'une manière absolue que l'excrétion s'exécutera avec toute sa régularité. Personne ne peut affirmer, en effet, que les voies spermatiques ne sont pas oblitérées ou dans les vaisseaux efférents, ou dans l'épididyme, ou vers le commencement du canal déférent. En face des résultats négatifs que donne l'observation et des déductions que permettent l'anatomie et la physiologie pathologique, je ne crains pas d'avancer que l'excision, n'exposant pas le testicule à des conséquences plus graves que celles qui sont devenues nécessaires, doit être conservée comme une méthode utile et expéditive, toutes les fois que la tumeur ne sera pas récente et d'un petit volume. Si la pulpe séminale a quitté presque tout entière la coque albuginée, à plus forte raison l'excision pourra-t-elle être employée.

7° *Castration.* Avant que la nature du fongus fût bien connue, la castration était l'unique ressource que l'on dirigeât contre cette tumeur réputée de mauvaise nature. Aujourd'hui elle n'est plus qu'un moyen extrême, à défaut duquel on pourrait même mettre à profit l'excision. Cependant, si le parenchyme est presque tout entier dans la tumeur, s'il ne reste plus à la place du testicule qu'une petite masse compacte et insensible sous la compression, si l'épididyme, le cordon, sont volumineux et durs, comme les fonctions viriles sont abolies déjà, la castration est indiquée; elle aura l'avantage d'enlever des parties que l'inflammation a occupées, et, comme le fait remarquer A. Cooper,

d'épargner au malade, dans sa guérison, un retard qui pourrait être considérable.

En résumé, l'application de topiques astringents aidée de la compression est indiquée dans le cas où le fongus bénin du testicule est récent et d'un petit volume. L'excision ou la castration ne doivent être mises en usage qu'autant qu'une très-grande partie de la pulpe séminale sera hors de la tunique albuginée considérablement revenue sur elle même.

X. MÉDECINE LÉGALE ET POLICE MÉDICALE.

MÉDECINE LÉGALE — 18. *Les diverses espèces de suicides*, par A. Brierre de Boismont.

(Suite : *voir* t. III, mars 1849, p. 205 ; t. V, mai, p. 145.)

(Annales d'hygiène publique et de médecine légale, décembre 1848.)

Obs. VII. — « Je soussigné, docteur en médecine de la Faculté de Paris, me suis transporté au cimetière du Nord pour visiter le corps d'un homme qui venait de se brûler la cervelle en se tirant un coup de pistolet dans la bouche. La balle du pistolet avait fracassé l'os maxillaire supérieur gauche, s'était dirigée derrière l'œil du même côté et avait pénétré dans le crâne par la partie antérieure gauche de la base, à l'articulation du sphénoïde et du coronal.

« Le corps était encore chaud ; l'individu tenait dans la main droite le pistolet avec lequel il s'était donné la mort, et qu'il s'était déchargé dans la bouche d'où découlait beaucoup de sang. Il était très-fort, très-barbu, de l'âge d'environ vingt-cinq ans. Il existait deux fractures aux os maxillaires supérieur et inférieur qui avaient éclaté dans leur milieu, sur le devant, par l'effet de la commotion ou du contre coup ; la voûte palatine était percée dans sa partie moyenne gauche : les balles avaient pénétré dans le cerveau en se dirigeant de bas en haut et de droite à gauche ; les projectiles étaient restés probablement derrière l'orbite de l'œil droit, ce qui était indiqué par le gonflement de cet organe fortement ecchymosé. *Signé* Dufour. »

Obs. VIII. — « Nous, docteur, membre de l'Académie royale de médecine, médecin titulaire des hôpitaux civils de Paris, etc., sur la réquisition de M. le commissaire de police du quartier des Champs-Élysées, nous sommes transporté au quai de Billy, au lieu dit Abreuvoir de Chaillot, à l'effet d'y constater le genre et la cause de mort d'un cadavre masculin âgé d'environ trente

ans, qui venait d'être repêché de la rivière de Seine, vers les huit heures du matin.

« Après un examen exact et scrupuleux de toute l'habitude extérieure de ce cadavre, nous avons observé ce qui suit : 1° un nombre infini de dilacérations et de solutions de continuité divergentes et irrégulières du rebord de la totalité des lèvres et de leurs commissures ; 2° plusieurs fractures comminutives des deux os maxillaires supérieurs, de la mâchoire inférieure, des os palatins, du vomer, des os propres du nez et des grandes ailes du sphénoïde.

« Tous ces nombreux désordres ont été manifestement produits par l'explosion d'une arme à feu dont l'orifice a été introduit dans la bouche, et le bout du canon circonscrit et hermétiquement enveloppé par l'application et la constriction libre et volontaire des lèvres de l'individu. Cette circonstance est seule capable de donner l'explication de l'intensité des lésions, et de démontrer que non-seulement elles ont eu lieu du vivant du sujet, mais encore que c'est un suicide. La balle, après avoir traversé la substance cérébrale, s'est arrêtée sous la voûte du crâne, au sommet de la suture lambdoïde. La mort a eu lieu instantanément et avant que le cadavre ait été immergé. *Signé* Canuet. »

Obs. IX. — « Nous soussigné, docteur en médécine, attaché à la mairie du 11e arrondissement, certifions avoir procédé, aujourd'hui 20 mai 1835, à la visite et à l'examen du corps du nommé J. J. M..., commis-négociant, logé quai Saint-Michel, au troisième étage, qui venait de se jeter par la fenêtre de sa chambre, dans une cour située sur le derrière.

« De cette inspection médicale faite avec la plus scrupuleuse attention, nous avons reconnu et observé les circonstances suivantes.

« Le corps ici présent, du sexe masculin, nous paraît être celui d'un jeune homme âgé d'environ vingt ans, d'une stature moyenne et d'un tempérament sanguin. Nous remarquons sur sa surface les lésions de continuité suivantes :

« 1° Longue excoriation de la peau située à la région dorsale ; 2° autre excoriation occupant la région poplitée de la cuisse et la jambe du même côte ; 3° toute la lèvre supérieure de la mâchoire supérieure est noircie et gonflée ; à sa partie interne, la membrane muqueuse est brûlée ; toute la partie antérieure de l'arcade dentaire et l'os maxillaire supérieur sont fracturés de telle façon, que par le toucher les dents sont vacillantes et prêtes à se détacher au moindre effort. Cette fracture s'étend également aux os propres du nez, et permet l'introduction du doigt

indicateur dans cette blessure, à une profondeur de plus de trois pouces ; il s'est écoulé de cette plaie une grande quantité de sang. Le nez est tout déformé par suite de cette fracture.

« La mort est certaine ; elle a eu lieu peu de temps après cette lésion accidentelle :

« 1° Par l'explosion d'une arme à feu, dirigée dans l'intérieur de la bouche, dans le dessein de se donner la mort ; 2° ensuite par une chute faite d'un troisième étage de ladite chambre où gisait le cadavre, dans la cour de la maison, l'explosion de l'arme à feu (pistolet) n'ayant pas déterminé instantanément la mort, et ayant au contraire laissé au défunt le temps d'achever cette première tantative de suicide en se jetant par la fenêtre de sa chambre.

« L'examen le plus attentif de la blessure faite au moyen d'une arme à feu dont la direction est horizontale au lieu d'être oblique de bas en haut, démontre que le cerveau n'a sans doute point été atteint par l'arme vulnérante, puisque M. L... a conservé encore assez de force, après cette première tentative, pour achever par une chute ce qu'il n'avait pu exécuter immédiatement en se tirant un coup de pistolet chargé à balle dans l'intérieur de la bouche.

« Malgré les recherches minutieuses auxquelles nous nous sommes livré en présence de M. le commissaire de police, nous n'avons pu retrouver les balles, et il nous a paru qu'elles étaient restées dans l'intérieur de la base du crâne ou de la colonne vertébrale.

« En foi de quoi nous avons rédigé le présent rapport, que nous affirmons conforme à la vérité. *Signé* TASCHERON. »

OBS. X. — « Les lèvres et les joues droites sont horriblement déchirées et divisées en plusieurs lambeaux ; la mâchoire inférieure est fracturée sur deux points, à droite et à gauche du menton ; la moitié droite de l'os maxillaire inférieur libre fait saillie en dehors des téguments et est privée d'une partie de son bord alvéolaire. Le quart antérieur de l'os maxillaire supérieur, comprenant les deux canines et incisives supérieures, à été emporté. La voûte palatine est divisée par une large ouverture, et présente une foule d'esquilles flottantes dans la bouche. Par cette ouverture, qui est dirigée de bas en haut et d'avant en arrière du côté de l'occiput, on peut introduire profondément le doigt. D'après cette direction, il était présumable que le projectile avait dû sortir par la face postérieure du crâne, s'il n'était resté perdu dans sa cavité. En effet, ayant examiné cette région, on a trouvé à la bosse occipitale droite une ouverture de la grandeur d'une

pièce de un franc, entourée de plusieurs esquilles, et cet os fracturé dans plusieurs directions, mais sans lésions des téguments. »

Le fait suivant est encore un exemple d'un double genre de mort; l'individu qui en fait le sujet, après s'être tiré un coup de pistolet dans la bouche, se précipita par la croisée dans la rue.

Obs. XI. — « Au milieu de la chambre, on aperçoit :

« 1° Un vaste amas de sang vermeil et coagulé;

« 2° Sur le papier tendu et à droite de la cheminée, est une trace ensanglantée; une chaise placée à l'angle du mur du même côté, est maculée de sang; les rideaux de la croisée, surtout celui du côté gauche, en sont tachés;

« 3° Le cadavre est vêtu d'un pantalon de drap brun; ses pieds sont chaussés de bottes; la partie supérieure du tronc est recouverte par la chemise, dont la partie droite est ensanglantée;

« 4° La partie médiane de la mâchoire inférieure, ainsi que celle de la mâchoire supérieure jusqu'à la partie moyenne du nez, sont complétement enlevées; la portion qui manque de la mâchoire inférieure a été trouvée dans le sang répandu sur le sol;

« 5° Les deux humérus sont cassés en plusieurs endroits;

« 6° La colonne vertébrale est également fracturée vers la région lombaire;

« 7° Un plaie d'un pouce de long et située en travers, se fait remarquer à la partie postérieure de la tête au niveau du lien supérieur de l'os occipital, qui lui-même est fracturé;

« 8° Il n'existe pas d'ouverture de sortie de la balle.

« *Signé* Campardon. »

Obs. XII. — « Nous soussigné, docteur en médecine de la Faculté de Paris, sur la réquisition de M. le commissaire de police du quartier de l'École-de-Médecine, nous sommes transporté avec lui rue Saint-André des-Arts. Introduit dans un petit appartement au premier au-dessus de l'entresol, à gauche en entrant dans la cour, nous avons trouvé dans la pièce du fond de cet appartement, un cadavre encore chaud, assis dans un fauteuil et enveloppé d'une robe de chambre. La tête de ce cadavre, qu'on nous a dit être celui du sieur V. J., a été entièrement enlevée par l'explosion d'une arme à feu. La masse cérébrale est dispersée de tous côtés; une portion assez considérable a été lancée à l'entrée de la pièce qui précède; des fragments des os du crâne sont dispersés de tous côtés, ainsi que des fragments du cuir chevelu garni de cheveux bruns et longs; un lambeau assez

considérable de cette partie des téguments est pendante sur les épaules. Toute la figure a été enlevée ; il ne reste qu'une petite portion de la partie inférieure du menton ; la mâchoire inférieure est brisée au milieu ainsi que la supérieure, dont il ne reste également que des fragments irréguliers soutenus par quelques débris des parties molles ; tous les organes qui se trouvent situés au-dessus du menton et de la base du crâne ont disparu. La bouche, le nez, les yeux, le front, le crâne, les oreilles, les cheveux, la cervelle, ont été dispersés, détruits par l'explosion et n'ont laissé que des lambeaux informes ; seulement le cervelet est encore presque intact dans les fosses occipitales inférieures. Le haut du corps est souillé de sang ; une nappe de ce liquide est étendue à terre à la gauche du cadavre, qui est assis dans une position toute naturelle vis-à-vis la chiminée et tout auprès ; il est en déshabillé ; les vêtements n'indiquent aucune trace de violence.

« Un pistolet de combat désarmé est au pied du cadavre ; nous trouvons les morceaux d'un autre pistolet pareil, dispersés sur la cheminée et sur la robe de chambre du cadavre. Il tient dans sa main droite une partie de l'arme brisée ; le canon seul est intact, et présente plusieurs taches de sang. Nous avions d'abord pensé que les effroyables désordes décrits étaient le résultat d'une double explosion d'armes à feu : mais en examinant le pistolet qui est intact, nous remarquons qu'il n'a pas fait feu ; nous nous assurons qu'il contient une charge d'eau moins 15 centimètres. Une charge aussi forte explique en partie les désordres mentionnés et la rupture de l'arme qui la contenait. Nous ne pouvons constater aucune trace des projectiles ; un carreau de la fenêtre, dont un angle est enlevé, ferait présumer qu'une balle a pu produire cette brisure. Nous pensons que cette mort est le résultat d'un suicide ; le pistolet tenu de la main droite, le seul qui soit parti, a dû être introduit dans la bouche, ce qui explique la fracture des deux mâchoires à leur partie moyenne antérieure : l'arme a dû être dirigée horizontalement, pour détruire en même temps, par la direction du coup et par la violence de l'explosion, toute la partie de la face et du crâne, et enlever toute la cervelle. Cet accident est récent puisque le corps est chaud et flexible, et que le sang qui a jailli à terre en sortant des vaisseaux déchirés n'est pas encore entièrement coagulé. Notre examen a lieu avant sept heures du soir ; une explosion a été entendue peu après cinq heures.

« Paris, 27 mai 1840. *Signé* CHARPENTIER. »

La *treizième observation* qui termine ce fascicule est une blessure mortelle du cœur dont les caractères médico-légaux de la peau nous ont paru devoir être indiqués.

« La chemise qui recouvre l'homme est noirâtre, brûlée en avant, exhalant une odeur de poudre et percée de deux trous irréguliers, frangés, entre la sixième et la septième vraie côte ; à deux pouces et demi de la ligne médiane existe, à gauche, une petite plaie ovale de six lignes environ de diamètre, à bords enfoncés et noirâtres. La peau qui l'environne est noire et brûlée par la poudre dans une étendue de trois pouces carrés ; cette plaie est pénétrante. A la partie postérieure du thorax, à six pouces de l'épine, s'observe une plaie rouge saignante à bords déchirés et renversés en dehors ; cette seconde plaie est à la même hauteur que la première.

Précipitation, chute. — Les chutes volontaires sont assez nombreuses, puisqu'elles comprennent 424 cas, un peu plus du dixième du nombre total des suicidés.

Les lésions indiquées auxquelles elles ont donné lieu se présentent dans l'ordre suivant :

Plaies et fractures de tête seules. . . .	133	215
Plaies et fractures de tête compliquées. .	79	
Plaies et fractures des os propres du nez. .	3	
Commotions cérébro spinales seules. . .	40	40
Plaies et fractures de la colonne vertébrale seule.	11	37
Plaies et fractures compliquées de la colonne vertébrale.	26	
Plaies et fractures simples des membres. .	26	67
Plaies et fractures des membres avec commotion.	41	
Plaies et fractures du thorax.	3	3
TOTAUX.	362	362

Les plaies et fractures de tête sont évidemment de toutes les plus nombreuses, car elles s'élèvent à 215. Les détails sur ce genre de mort sont très précis dans les procès-verbaux. Presque toujours, en effet, les rapporteurs, décrivant la nature des lésions, font connaître que la tête a été écrasée, etc. Viennent ensuite les lésions de la colonne vertébrale, les commotions simples et les fractures des membres et surtout des extrémités inférieures.

Les désordres qui accompagnent ce genre de suicide offrent des particularités que nous ne devons pas passer sous silence.

Plaies de tête seules. — Leur proportion était de 136. 3 de ces plaies consistaient en écrasement, fractures des os du nez et commotion cérébrale. Un assez grand nombre étaient limitées à la fracture et à l'enfoncement du coronal ; quelques-unes étaient

formées par la fracture du frontal et la disjonction des pariétaux. Plusieurs fois l'occipital était seul brisé ; mais dans le plus grand nombre de cas presque tous les os de la tête étaient fracturés, disjoints, réduits en fragments et la cervelle répandue çà et là. L'enfoncement pouvait être borné à la voûte du crâne ; le plus souvent la tête entière était brisée, broyée, réduite en bouillie, en magma. Les fractures, dans quelques cas, occupaient la base du crâne.

Les plaies de tête, compliquées d'autres lésions, étaient au nombre de 79. Sur ce chiffre, 29 étaient seulement avec fractures des extrémités inférieures ; 17 avec fractures des extrémités supérieures et inférieures ; 16 avec fractures des extrémités supérieures ; 10 avec fractures des côtes, du sternum, du bassin ; 7 avec fractures des membres et des côtes ; 6 avec fractures de la colonne vertébrale. Ces chiffres réunis forment un nombre supérieur au groupe 79, mais cela s'explique par quelques doubles emplois.

De ces plaies quelques unes ont présenté des circonstances à noter. Un individu commence par se couper le cou, puis il se tire un coup de pistolet au-dessous de l'appendice xyphoïde, la balle pénètre dans le ventre ; aucune de ces blessures n'amenant immédiatement la mort, il se précipite par la croisée. Dans sa chute, il se brise le coronal, l'extrémité inférieure du tibia et donne encore des signes de vie pendant quelques instants. Un homme avait une fracture horizontale d'une bosse coronale à l'autre, le maxillaire inférieur était brisé ; l'articulation radio-carpienne droite, l'humérus et le cubitus du même côté étaient également fracturés. Chez un autre individu, le coronal était brisé et les deux poignets luxés. Dans un cas, tous les os de la face et du crâne étaient broyés, aplatis ; le sternum, plusieurs côtes, l'avant bras droit, les deux jambes étaient brisés, de nombreuses esquilles traversaient la peau, et les os du métatarse étaient luxés en haut et en arrière. Un homme se donne un coup de couteau au dessus du sein gauche, il en résulte une hémorrhagie considérable qui baigne la chemise et inonde la chambre ; la trace de ses mains sanglantes était empreinte sur un réchaud ; n'ayant pas réussi dans cette première tentative, il monte sur le rebord de la croisée de sa chambre, située au troisième étage, et se précipite dans la rue ; on le relève, il avait le coronal enfoncé, les deux fémurs brisés et le pied droit luxé en dedans.

Dans 40 cas, on n'a pu s'expliquer la mort que par des commotions cérébrales ou cérébro-spinales. Cette proportion formait un peu plus du dixième du chiffre général. Les deux tiers de ces

chutes eurent lieu du deuxième et du troisième étage ; mais il en est un certain nombre qui se sont faites du cinquième et du sixième étage. Une d'elles, attestée par le médecin, le maire et un grand nombre de témoins oculaires, est sans contredit un des cas les plus extraordinaires que l'on connaisse. L'individu qui fait le sujet de cette observation était un aliéné en proie à la manie du suicide ; il était monté sur une sorte de terrasse de l'église de L.... s'avançant en pointe dans le vide, à chaque instant il faisait des dispositions pour s'élancer ; l'officier municipal était arrivé très-près de lui, évitant de faire aucun mouvement qui pût l'alarmer. Après avoir parlementé quelques minutes, il lui vit faire un geste qui lui parut significatif ; au moment où il étendait la main pour le saisir, le fou s'élança, tourbillonna dans l'espace d'une hauteur de seize mètres environ, tomba sur la terre, se releva et fut se jeter dans une carrière proche au fond de laquelle il roula ; dans sa fureur trouvant encore des forces, il se traîna auprès d'un second puits contigu au lieu où il était étendu et s'y précipita. La hauteur mesurée de ces trois chutes successives donna une élévation de 50 mètres. Il n'y avait ni fractures ni commotion cérébro-spinale. Il survint seulement un gonflement considérable des jambes avec infiltration sanguine énorme de ces parties. Tous ces accidents se dissipèrent en quinze jours. La chute n'eut aucune influence sur la folie. Nous avons reçu dans notre établissement un certain nombre d'aliénés qui s'étaient également jetés de très-haut et chez lesquels il n'existait point de fracture.

Presque toujours, dans ces cas, les individus tombent sur les pieds, mais il arrive aussi fort souvent que des rebords des auvents, d'autres supports plus ou moins flexibles, les arrêtent dans leurs chutes, ou du moins en ralentissent la vitesse. Les accidents déterminés par la secousse peuvent être limités au cerveau, ils peuvent s'étendre à tout l'axe cérébro-spinal. Dans 10 cas, les procès-verbaux contenaient des signes de cette double lésion. L'ébranlement communiqué au système nerveux n'est pas toujours le seul phénomène : des épanchements sanguins s'observent dans les centres nerveux ; les organes internes sont aussi quelquefois contus, déchirés, remplis de foyers sanguins. Un individu fait une chute du sixième étage ; on l'examine, il semble avoir conservé l'usage de toutes ses fonctions ; il répond bien, ne se plaint que fort peu. Relevé et transporté à l'hopital, il y expire en entrant. L'autopsie ne révèle aucune lésion qui permette d'expliquer la mort autrement que par l'ébranlement général. Dans plusieurs cas, la chute eut lieu aux époques menstruelles.

Les lésions de la colonne vertébrale étaient au nombre de 37. Dans onze cas, la colonne seule était lésée ; dans 26 autres, il y avait complication de fracture des membres, du bassin, etc. Les fractures, dans le premier cas, ont porté quatre fois exclusivement sur les vertèbres cervicales ; un des individus de cette catégorie s'était jeté du haut du puits de Bicêtre ; deux fois les malades étaient tombés sur le sacrum, qui avait été fracturé.

Les désordres de la colonne vertébrale avec complications ont présenté des lésions plus ou moins nombreuses. Un homme se précipite du quatrième étage ; en le relevant, on constate deux fractures de la colonne, une fracture du coccyx ; l'humérus et le radius droits étaient brisés en deux endroits ; le coude et le fémur du même côté offraient également une solution de continuité.

La commotion déterminée par la hauteur de la chute peut entraîner des désordres très-graves des organes internes. Un homme se brise la colonne, les deux jambes, le sternum, plusieurs côtes droites et gauches, et l'on trouve de plus un épanchement de sang dans la plèvre, un autre épanchement sanguin dans le poumon et une déchirure du foie.

Dans un cas, plusieurs lames du rachis étaient brisées, le coccyx fracturé, les temporaux, dans leurs deux tiers postérieurs, brisés ; le cerveau, le cervelet et la moelle allongée étaient répandus par terre ; l'oreille droite était détachée du tronc.

Chez un assez grand nombre d'individus, la mort paraissait bien évidemment avoir été plutôt déterminée par la commotion cérébro-spinale que par les blessures du rachis et de la moelle, qui n'avaient qu'une étendue et une gravité médiocres.

Les *fractures des membres*, divisées en simple et en compliquées, formaient 67 cas. Les plaies simples, au nombre de 26, consistaient en écrasement du calcaneum, de plusieurs métatarsiens, et en fractures des extrémités supérieures et inférieures. Souvent les condyles du fémur, la rotule étaient broyés. Outre la fracture des deux pieds, caractérisée surtout par un écrasement, il y avait assez souvent des fractures de la tête, du fémur, des deux rotules, des malléoles.

Les accidents de la commotion existaient dans un certain nombre de cas ; mais ils étaient surtout prononcés dans la seconde catégorie, formant 41 cas.

Fort souvent les fractures étaient limitées à une jambe, à un bras, et dans un endroit fort circonscrit. Quelquefois les lésions étaient fort nombreuses : ainsi, dans un cas, il y avait fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus droit, du col de l'humérus

gauche, fracture comminutive des deux os de l'avant-bras, fracture et broiement du genou droit, fracture des côtes droites et de l'os iliaque du même côté.

Les lésions du thorax ont été au nombre de 9, et se sont manifestées par des enfoncements du sternum et des fractures des côtes avec ou sans déchirure des organes extérieurs. Un individu qui présentait un enfoncement avec fracture du sternum, une solution de quatre côtes et une fracture de l'os iliaque, put encore prendre du tabac, causer tranquillement avec les personnes qui l'accompagnaient dans son transport à l'hôpital Beaujon, où il mourut en arrivant.

(*La suite à un prochain numéro.*)

XII. GÉNÉRALITÉS.

19. *De l'analogie et des différences entre les tubercules et les scrofules*; par A. Legrand, docteur en médecine de la Faculté de Paris.

(Suite : *voir* t. II, février 1848, p. 165; t. IV, avril, p. 187; t. VIII, août, p. 190; t. IX, septembre, p. 200; t. X, octobre, p. 184; t. XI, novembre, p. 200; t. XII, decembre, p. 209; t. I, janvier 1849, p. 219; t. II, février, p. 210; t. III, mars, p. 211; t. V, mai, p. 174; t. VI, juin, p. 189.)

(Revue médicale, septembre et octobre 1848.)

Albuminurie qui est venue compliquer une affection tuberculeuse des os et des poumons.

Obs. LXXI. — Nous fûmes appelé, le 1er janvier 1847, auprès d'un nommé B***, qui ne nous parut au premier abord n'avoir qu'une simple affection catarrhale; cependant, comme le pouls était fébrile, nous pratiquâmes la percussion avec le plus grand soin, et nous reconnûmes qu'il existait une différence marquée en moins sous la clavicule droite, tandis que la sonorité était parfaite dans la même région du côté gauche; cette même différence, moins marquée cependant, existait en arrière dans la fosse sus-épineuse. L'auscultation, pratiquée d'abord en avant du côté sonore, nous fournit les renseignements les plus satisfaisants : expansion pulmonaire d'une intensité convenable sans aucun souffle en retour, sans aucun râle; en arrière le murmure respiratoire était plus faible et légèrement entrecoupé. Sous la clavicule droite, c'est à peine si on l'entendait, et l'expansion était suivie d'un bruit de souffle en retour très-marqué, et l'inspiration comme l'expiration s'accompagnaient de bruits

de craquements bien caractérisés. Ces mêmes symptômes se retrouvaient en arrière et au sommet du poumon, mais moins prononcés. Nous n'hésitâmes point à diagnostiquer la présence de tubercules à l'état cru au sommet des deux poumons, mais surtout au sommet du poumon droit. Nous fûmes tout à fait confirmé dans cette pensée en apprenant que dans les derniers jours du mois de nouvembre 1846, le nommé B*** avait à deux reprises craché du sang, un sang bien vermeil, nous fut-il dit.

En poussant nos investigations plus loin, nous reconnûmes l'existence d'une maladie du fémur gauche, qui avait au moins doublé de volume, et qui, en s'étendant vers les condyles, avait déterminé une ankilose incomplète de l'articulation tibio-fémorale. Sur la face interne de la cuisse et un peu au-dessus du genou il existait la cicatrice d'une ancienne fistule qui avait suppuré pendant près de dix ans ; le pus qu'elle fournissait était séreux. Quand le médecin qui nous avait précédé vit cet abcès se cicatriser, il appliqua un cautère permanent à la même hauteur, mais sur la face supérieure de la cuisse.

M. B*** faisait remonter l'origine de cette seconde lésion, que nous n'hésitâmes pas à considérer comme une affection tuberculeuse du fémur, aux premiers jours de l'année 1839. A cette époque, vers la fin du mois de février, dans la convalescence d'une inflammation de poitrine qui avait pris assez rapidement un grand caractère de gravité, B***, alors âgé de 30 ans, fut pris d'une douleur très-vive, avec gonflement, à la partie moyenne de la face interne de la cuisse gauche. La douleur, le gonflement allèrent en augmentant, et la cuisse ne tarda point à acquérir un volume effrayant. M. Lacroze, médecin de toute la famille du malade, ayant cru reconnaître de la fluctuation, voulut plonger un bistouri à l'endroit le plus volumineux, et qui était le point de départ de la maladie. Sur l'opposition invincible des parents, il fit recouvrir cette même partie d'un large vésicatoire, qui bientôt, et pendant plusieurs jours, suppura avec un abondance incroyable. La tumeur se désenfla, la douleur disparut, la cuisse en totalité diminua de volume ; et comme la santé générale de B*** s'était considérablement altérée, qu'il avait beaucoup maigri, il fut envoyé à la campagne. A son retour (27 juin 1839), il fut mis entre les mains d'un médecin qui s'occupait plus particulièrement des maladies de ce genre, et qui a bien voulu nous fournir les détails suivants sur l'état du malade à cette même époque.

« Je trouvai la figure pâle et annonçant la souffrance. « — Les pupilles sont très-dilatées ; — il existe une déforma-

« tion congénitale du nez, condition qui paraît résulter d'un « certain écartement des os propres de cette partie ; — Le pouls « (le malade étant couché et à jeun) m'a donné 84 pulsations « par minute ; il est du reste parfaitement régulier. — L'ap- « pétit est assez bon, les digestions se font bien, il n'y a jamais « de dévoiement. — Le sommeil n'est pas satisfaisant, quoiqu'il « y ait très peu de douleur dans le membre malade. — J'ai per- « cutté et ausculté avec un grand soin la poitrine, qui m'a paru « un peu moins sonore à droite, au sommet et antérieurement, « qu'à gauche. La respirations se fait généralement avec peu « d'énergie, d'une manière un peu saccadée et j'ai encore trouvé « pour le côté droit une différence en moins assez marquée « dans le bruit respiratoire, qui n'est du reste mêlé d'aucun « râle. — J'ai mesuré les deux cuisses et j'ai trouvé pour le « membre malade une augmentation de 25 et de 35 millim. ; « c'est vers le milieu du membre que se remarque l'augmenta- « tion la plus considérable. — Il existe à la face interne de la « cuisse, trois ou quatre centimètres au-dessus du genou, une « plaie fistuleuse qui a succédé à un abcès qui s'est ouvert spon- « tanément ; cette plaie n'a jamais fourni qu'une suppuration « séreuse, mais assez abondante et dont le foyer se trouve à « l'endroit du plus grand développement du membre. — En « palpant le fémur on reconnaît facilement une solution de con- « tinuité sur sa face antérieure et qui dénote que l'augmenta- « tion du volume de cet os résulte surtout de l'écartement d'un « séquestre considérable. »

M. B*** fut soumis à un traitement par la méthode aurifère (oxyde d'or par l'étain ou stannate d'or associé à l'extrait de la seconde écorce de garou) qui procura un rétablissement complet de la santé générale, une diminution dans le volume de la cuisse, qui cessa peu à peu d'être douloureuse, et un peu plus de liberté dans les mouvements de l'articulation fémoro-tibiale. Mais la fistule persista en continuant de suppurer comme précédemment ; condition qui suffirait pour empêcher de croire à une guérison complète, ce qui fut surabondamment prouvé par des accidents d'une nature analogue et qui survinrent au mois de juillet 1842. Le bras droit devint alors, vers le milieu, le siége d'un gonflement peu considérable, mais qui s'abcéda rapidement et spontanément, et au bout de deux mois de cette manifestation, il sortit par cette plaie, qu'il fallut aggrandir, un séquestre de près de deux centimètres de longueur et de quatre à cinq millimètres de largeur. Peu après, cette plaie se cicatrisa sans qu'il y eût d'adhérence de la peau à l'os malade. Un an après cet évé-

nement, B***, dont la santé avait paru se consolider de jour en jour, se maria et il eut un enfant qui vint au monde bien constitué et bien sain en apparence, mais qui à trois mois fut enlevé par des convulsions.

Faisons remarquer combien, dans ce cas, la médecine à été impuissante pour procurer une guérison complète, car il est impossible de ne pas reconnaître une identité parfaite entre les renseignements fournis par la percussion et l'auscultation au 1er juin 1839 et au 1er juin 1847, quoique ces deux examens aient été faits à un intervalle de huit ans. Seulement le diagnostique a été rendu plus facile à la dernière époque par l'existence des bruits de craquement et par l'hémopthysie. Mais il devait bientôt survenir une dernière complication qui donne à ce fait un très-grand et très-réel intérêt.

Nous fûmes en effet rappelé auprès de B***, le 15 du même mois de janvier, parce qu'à la suite d'un refroidissement prolongé, toute la figure s'était œdématiée : cet œdème ne tarda point à se manifester successivement aux jambes, aux cuisses, aux mains, aux bras, et enfin à tout le corps, et une fluctuation des plus évidentes ne laissa pas de doute sur la présence de sérosité dans la cavité du péritoine. En même temps que ces symptômes se développaient, la quantité des urines allait en diminuant, et elles acquéraient des caractères physiques assez extraordinaires. Elles sont, en effet, aujourd'hui (30 janvier 1847) et déjà depuis plusieurs jours, troubles, épaisses et ayant l'aspect d'urine à laquelle aurait été mêlé un peu de matière fécale liquide. Traitée par l'acide nitrique, par la chaleur, cette urine a fourni des proportions considérables d'albumine.

Examinée au microscope elle a offert le spectacle de rares globules d'un aspect assez inusité. Leur forme est parfaitement sphérique et leurs dimensions sont celles des globules du sang; ils ont un noyau presque transparent entouré d'une double enveloppe, la première d'un rouge assez vif, et la seconde, une fois moins épaisse, tout à fait noire.

Le diagnostique était facile et il se résume en ce peu de mots : *Tubercules pulmonaires, tubercules des os, albuminurie.*

Ce diagnostique a été en tous points confirmé par M. le professeur Andral, qui, appelé aujourd'hui (30 janv. 1847) en consultation, a reconnu la diminution de la sonorité sous la clavicule droite et dans la fosse sus-épineuse, une diminution notable des deux côtés, mais surtout à droite du bruit respiratoire, et de ce même côté et dans les points signalés des bruits de craquements très-abondants, bien plus abondants qu'au premier

examen que nous avions fait, ce qui doit faire présumer, malgré l'absence d'expectoration et presque de toux, que l'affection tuberculeuse est en voie de progrès et qu'il existe, au sommet du poumon droit surtout, de nombreux tubercules à différents états.

Nous n'entrerons dans aucuns détails sur le traitement, convenu dans la consultation du 30 janvier ; d'abord parce qu'ils rentreraient peu dans l'objet de ce mémoire, en second lieu parce que ce traitement ne peut être et ne sera d'aucune utilité. Nous croyons seulement devoir nous livrer à quelques recherches sur l'étiologie de cette maladie. Disons d'abord que B*** a une sœur âgée de 25 à 26 ans qui a eu une tumeur blanche d'un des deux genoux, et qui a aussi craché du sang à plusieurs reprises. Mais en dehors de cette circonstance qui, à la rigueur, pourrait bien n'être qu'un fait de simple coïncidence, on ne trouve rien dans la famille de B*** qui explique sa maladie et celle de sa sœur. Leur père, ainsi que leur mère, sont tous deux âgés de plus de soixante ans et n'ont jamais éprouvé aucuns symptômes qui permettent de soupçonner, pas plus chez l'un que chez l'autre, l'existence de tubercules en aucuns points de l'économie. Le père porte sur la joue gauche un *psoriasis* qui dure depuis un grand nombre d'années et qui a résisté à tous les traitements imaginables.

Les deux faits suivants, seront un nouvel exemple de la complication des affections tuberculeuses par l'albuminurie.

« Une femme de 28 ans, cinq ans après avoir éprouvé une « première atteinte de la maladie de Bright (1) éprouve une « récidive : anasarque ; urines se solidifiant par la chaleur, pe- « sant 1019 au densimètre ; diarrhée ; bientôt écoulement abon- « dant de sérosité à travers l'épiderme, qui est intact, diminu- « tion de l'anasarque ; accès épileptiforme, coma, mort. « — *Epanchement de sérosités dans toutes les séreuses*, l'arachoïde « exceptée. Reins volumineux, friables, en partie anémiés, en « partie congestionnés, sans granulations. *Tubercules dans le* « *foie*, qui est hypertrophié ainsi que la rate. »

« Un autre malade, placé aussi dans le service de M. le pro- « fesseur Fouquier, succombe rapidement et comme asphyxié. « Agé de 31 ans, bien constitué, il s'aperçut en juillet 1845 qu'il « avait de l'enflure aux pieds, en même temps ses urines dimi- « nuèrent. Du reste, il était sans fièvre et ne ressentait aucune « douleur dans les reins. A son entrée dans le service : anaxarque,

(1) L'albuminurie n'est très-souvent qu'un symptôme de plus de la présence de tubercules dans les reins ou dans tout autre point de l'economie.

« le scrotum du volume de la tête d'un enfant nouveau né ;
« urines fort albumineuses, pâles, d'une densité normale. —
« Autopsie : épanchement séreux dans la plèvre droite, le
« péricarde et le péritoine. Reins gros, friables, anémiés et con-
« gestionnés par places ; plusieurs cônes ont disparu. Rate très-
« volumineuse, 0,16 de long. *Foie un peu hypertrophié, par-*
« *semé de noyaux squirreux. Tubercules dans un poumon.* »

Tubercules et diabète sucré. — La présence de tubercules dans les poumons, à différents degrés de leur développement, complique presque toujours, selon un médecin anglais (le docteur Copland, qui a contribué à la rédaction du *Dict. of pratic. med.*), le diabète sucré ; de telle sorte qu'il arrive presque à ne considérer cette maladie, qu'il nomme *phthisurie sucrée*, que comme un symptôme de la première. Nous n'hésitons pas à considérer cette opinion comme erronée et nous ne voyons là qu'une simple coïncidence. Mais nous ne pouvons pas nous empêcher de faire observer que nous n'avons jamais rencontré de scrofuleux, malgré le grand nombre qui en est passé sous nos yeux, qui nous aient offert cette même complication et nous n'en avons trouvé aucun cas de cité dans les nombreux auteurs qui traitent de ces deux maladies.

Tubercules et cancer. — Voici deux maladies presque aussi fatales l'une que l'autre, qui se compliquent quelquefois, sans qu'il soit possible d'établir quelques points de connexité évidente entre elles, malgré les terribles analogies fort incontestables qu'elles offrent et qui sont trop connues pour que nous y insistions.

Cancer du pylore. — Péritonite tuberculeuse. — Mort. — A l'autopsie, qui est confirmative de l'affection cancéreuse, on trouve des tubercules dans les ganglions bronchiques, le pancréas, et sur le péricarde et le péritoine.

Obs. LXXII. Le nommé Étienne B..., journalier, entre à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Jadioux le 14 avril 1845 et il succombe le 25. — Malade depuis un an environ, il a rendu du sang en quantité notable par les garde robes, et il paraît en avoir un peu craché. Depuis cette même époque le dévoiement ne l'a pas quitté et il a souvent des vomissements sans que les matières vomies offrissent aucun caractère. Tout ces symptômes et l'aspect général du malade sont attribués à *une tumeur arrondie, bosselée, siégeant dans la région de l'épigastre, et dont on ne saurait préciser le volume à cause de la douleur qu'elle excite à la pression.*

A l'*autopsie*, on trouve dans cette même région une *masse*

cancéreuse du volume du poing occupant toute la portion pylorique de l'estomac. « Elle est formée de tissu lardacé, dur, criant « sous le scalpel, colloïde en certains points.

« Les poumons sont parfaitement sains, n'offrant aucune « trace de tuberculisation. — Les ganglions bronchiques sont « gonflés, tuberculeux, quelques-uns sont ramollis. — Il existe « des tubercules assez nombreux dans le feuillet du péritoine.

« Au niveau du pancréas, on trouve une masse tuberculeuse « énorme, commençant à se ramollir çà et là. — Une grande « partie du péritoine est parsemee de corps d'un blanc jaunâtre, « arrondis, d'un assez gros volume, d'une consistance médiocre, « à peu près analogue à celle du cristallin. »

L'oblitération de la veine iliaque externe du côté droit, par un caillot fibrineux bien organisé, blanchâtre et occupant tout son calibre depuis son embouchure dans la veine cave jusqu'à la veine fémorale, explique l'œdème qui occupait tout le membre abdominal droit.

Nous devons dire ici qu'une difficulté a surgi dans l'esprit du rédacteur de cette observation, ce fut de reconnaître « si l'altération des ganglions mésentériques était due à une affection « tuberculeuse ou à de la matière squirreuse ramollie. » Et pour légitimer ce doute, il cite ce fait d'un sujet mort dans le service de M. le professeur Chomel : « Un cancer du pylore fut « trouvé accompagné de la présence de masses cancéreuses dans « les ganglions mésentériques hypertrophiés, et, chose très curieuse, les vaisseaux lymphatiques eux-mêmes remplis de « matière cancéreuse ou paraissant telle, étaient blanchâtres, « mous et comme renflés çà et là. »

Mais si le doute était permis pour les engorgements mésentériques, il ne l'était plus pour les lésions observées dans les ganglions bronchiques, *celles ci avaient bien le cachet tuberculeux*, et la dégénérescence des ganglions bronchiques était évidemment tuberculeuse.

Nous avons essayé d'établir que le tubercule engendrait, par la filière de la génération, le scrofule : voici quelques faits qui tendraient à faire penser que le cancer pourrait bien produire par la même voie le tubercule. Ainsi, le 11 juin, nous avons constaté le décès de Henriette-Jeanne G..., âgée de 17 ans. Cette jeune fille, malade depuis quatre mois et soignée par M. le docteur Grenier, médecin du bureau de bienfaisance, a successivement offert tous les symptômes, qui caractérisent la présence de tubercules dans les poumons. Après une première et unique apparition des règles : hémopthysies souvent répétées et à deux ou

trois reprises sous la forme d'une véritable hémorrhagie : puis, plus tard, toux incessante, expectoration purulente, sueurs nocturnes, amaigrissement rapide, et enfin diarrhée survenue dans les derniers temps de la vie. La percussion pratiquée sur le cadavre donne pour la sonorité dans la fosse sous-clavicalaire à gauche une exagération marquée, et à droite une diminution qui n'est pas douteuse.

Nous avons enregistré ce fait, qui n'a du reste rien de remarquable, à cause de cette circonstance que plus d'un an auparavant (février 1844), nous avions constaté le décès de la mère de Henriette G..., et nous nous sommes rappelé que celle-ci était morte d'un cancer de l'utérus, sans jamais avoir offert aucuns symptômes de maladie de poitrine.

Il faut sans doute regretter que dans les deux cas, l'autopsie n'ait pu être faite, car si chez la mère on n'avait trouvé aucune trace de tubercules, on en aurait pu déduire rigoureusement que les parents cancéreux peuvent engendrer des enfants tuberculeux.

Dans le cas actuel, le père évidemment n'offre aucun symptôme : ni d'une affection cancéreuse, ni d'une affection tuberculeuse ; de telle sorte que sa constitution pure de tout vice de cette nature aurait réagi sur sa progéniture de manière à abaisser d'un degré dans l'ordre de leur gravité, le principe morbide qui avait fait succomber sa femme.

Cette pensée s'explique par cette opinion que nous allons formuler sur les degrés de gravité et de curabilité des principes morbides qu'on a désignés par les noms de scrofuleux, tuberculeux et cancéreux ; trois principes d'une nature fatale, décimant l'espèce humaine et offrant entre eux les plus grandes analogies, mais aussi d'importantes dissemblances.

Ainsi, dans notre manière de voir, c'est le vice scrofuleux qui est le moins grave, c'est lui qui offre le plus de chances de guérison, et cette proposition, nous l'émettons sans vouloir soulever aucune discussion au sujet de la supériorité de telle ou telle méthode qu'on voudra lui opposer.

Le vice tuberculeux, selon le point de l'économie où il a porté ses ravages, se présente aussi avec des conditions de curabilité, moins nombreuses sans doute, mais cependant incontestables. Il existe dans la science des exemples nombreux de guérison de tubercules mésentériques, ainsi que de tubercules des os. Et tout nous porte à croire, qu'on peut aussi, sinon guérir, du moins souvent arrêter la marche des tubercules des poumons.

Quant au vice cancéreux, nous n'hésitons point à proclamer

son incurabilité ; tout en convenant qu'à l'aide de méthodes habilement dirigées, que par l'ablation, on peut arrêter ses progrès et quelquefois considérablement retarder l'issue fatale, à laquelle il faut cependant toujours s'attendre.

Voici maintenant un exemple d'un abaissement plus considérable dans la transmission d'un principe morbide par la filière de la génération ; mais c'est que dans ce cas c'était la mère qui était saine, et nous savons qu'elle exerce dans les cas d'hérédités morbides, une bien plus grande influence que le père. Émile-Joseph B...., âgé de 15 ans, nous fut amené pour avoir notre avis. Ce jeune homme, que nous n'avons pas revu, est pâle et chétif. Il a eu la variole à l'âge de 7 ans, et sa figure en a gardé de nombreuses traces. Il porte au cou, du côté droit, un peu en dessous de l'oreille, une glande ulcérée qui suppure à peine aujourd'hui ; l'engorgement qui a précédé l'ulcération remonte à 18 mois. Antérieurement (trois ans et demi avant), il a eu dans le dos, au-dessous de chaque omoplate, un vaste abcès ; chacun de ces abcès a duré d'un mois à cinq semaines, ils n'ont laissé que des cicatrices peu significatives.

La poitrine auscultée et percutée avec soin n'a fourni que des renseignements très-satisfaisants.

Le père de Barat est mort, il y a huit ans à l'hospice Necker après deux ans de maladie, et l'autopsie a fait reconnaître l'existence d'un cancer de l'estomac et *la présence de tubercules dans les poumons ;* il était alors agé de 46 ans. — La mère paraît saine ; elle est habituellement bien portante et d'un âge aujourd'hui assez avancé.

Scrofule et cancer. — Enfin nous terminerons tout ce qui a rapport aux complications des maladies scrofuleuses et tuberculeuses en parlant d'un cas où une affection cancéreuse, légère à la vérité, s'est trouvée compliquée d'un engorgement scrofuleux. C'est chez une concierge âgée de plus de 60 ans (la femme B***) et qui vivait dans les conditions hygiéniques les plus défavorables. Elle portait depuis un long temps sur une des ailes du nez un bouton jugé cancéreux par M. le professeur Velpeau, qui en avait conseillé l'ablation par l'instrument tranchant avec recommandation de ne pas trop tarder à se soumettre à cette opération. Pendant que la femme B*** hésitait à suivre ce sage conseil, par la crainte peu fondée d'une bien légère opération, il lui survint sur l'autre côté du cou un engorgement d'une glande qui s'abcéda et s'ulcéra rapidement. La cautérisation avec le muriate d'or acide et les pansements avec l'*onguent miraculeux* la débarrassa assez rapidement de l'une et l'autre

maladie. Voici trois à quatre ans que ce résultat a été obtenu et aucun trouble dans la santé de la femme B*** n'est venu démentir cette guérison. Il est bon d'ajouter qu'en cessant d'habiter un logement aussi défavorable que possible, elle a heureusement modifié les fâcheuses conditions hygiéniques, que nous avons considérées comme cause de ces deux maladies.

De la curabilité du tubercule et du scrofule. — Quoique la thérapeutique ne rentre pas précisément dans la question, telle qu'elle a été posée par Portal, nous n'en avons pas moins regretté que le temps nous ait manqué pour la traiter. Nous ne ferons donc que donner des indications très-sommaires sous ce point de vue. Nous avons dû d'abord poser en principe l'*incurabilité des tubercules pulmonaires.* C'est qu'en effet, il est si rare de pouvoir, pour cette affreuse maladie, citer des cures bien constatées et définitives, que nous avons cru pouvoir nous prononcer dans ce sens. Nous devons cependant dire ici que, depuis plusieurs années déjà nous nous livrons, avec une constance que ne viennent point à bout de décourager de nombreux insuccès, à d'incessantes recherches thérapeutiques, toutes dirigées dans le but d'arriver à établir une méthode de traitement que nous croyons rationnelle et qu'on puisse opposer avec quelques faibles chances de succès à cette affreuse maladie. Le temps n'est plus éloigné où nous soumettrons à nos confrères l'exposé de nos tentatives et les résultats que nous croyons avoir obtenus.

Établissons d'abord comme un fait acquis à la science la guérison spontanée de la phthysie pulmonaire ; établissons le par l'exposé d'un cas qui démontre la possibilité de la cicatrisation des poumons, qui ont été le siége de la fonte des masses tuberculeuses.

Phthysie pulmonaire tuberculeuse. Guérison spontanée. — Mort par une autre maladie. — Atrophie complète d'un poumon et cicatrisation de nombreuses excavations tuberculeuses.

Obs. LXXII. « La nommée Joséphine M***, âgée de 26 ans, « entra à l'Hôtel-Dieu d'Aix, en janvier 1837, pour y être traitée « d'une indisposition légère. Cette fille y avait été vue encore « trois ans auparavant, et cette fois elle avait présenté tous les « signes d'une *phthysie tuberculeuse* avancée, savoir : toux creuse « et profonde, expectoration abondante, *tuberculeuse*, parfois « rougeur des pommettes, fièvre hectiques, etc., etc., tous les « indices qui avaient fait pronostiquer une terminaison funeste. « Aussi quand, à cette époque, elle voulut retourner dans ses « foyers après trois mois de séjour dans les salles de l'hôpital,

« tout annonçait qu'elle ne tarderait pas à s'y éteindre. Il n'en « fut cependant pas ainsi : Joséphine toussa, cracha longtemps « encore ; les rougeurs aux pommettes persistèrent aussi ; mais « enfin ces fâcheux symptômes s'amendèrent, diminuèrent peu « à peu, et à mesure la malade prenait des forces et progres- « sait vers la santé. Elle se sentit enfin plus tard en état de « rentrer en service, n'éprouvant plus qu'une certaine gêne « dans la respiration, lorsqu'elle se livrait à quelque exercice « fatigant.

« Rentrée à l'Hôtel-Dieu, au commencement de 1857, pour « une gastrite légère, elle ne présentait plus aucune trace d'af- « fection pulmonaire. C'était vers cette époque qu'une épidémie « de grippe, qui sévit cruellement dans notre ville, commença « ses ravages. Quelques jours après son entrée, la malade fut « reconnue, à la visite du matin, atteinte d'une grippe commen- « çante qui pourtant n'offrait rien d'alarmant ; mais vers le « déclin du jour la respiration devint très-gênée, des menaces « de suffocation étaient de plus en plus imminentes, et malgré « les secours de l'art les plus actifs et les plus sagement admi- « nistrés, nous eûmes la douleur de voir cette fille mourir dans « le courant de la nuit, avec tous les symptômes d'une véri- « table asphyxie, sans que les révulsifs et les dérivatifs puissants « pussent enrayer cette terminaison funeste.

« Cette issue si rapidement fatale m'avait trop frappé pour « que je ne fusse pas désireux de rechercher et de reconnaître « quelle avait pu en être la cause. Je fis donc faire l'autopsie en « ma présence dès le lendemain au soir.

« L'*habitude extérieure* du corps offrait un embonpoint ordi- « dinaire. Le côté gauche du thorax était sensiblement moins « développé que le droit ; de l'écume sortait de la bouche et « des narines.

« Le *crâne* ouvert laissa apercevoir les vaisseaux veineux « intra-céphaliques gorgés d'un sang noir. Il n'y eut rien autre « d'anormal. La *cavité de la poitrine* fut ensuite ouverte. Ce qui « se fit remarquer d'abord, ce fut la disproportion de volume « entre les deux *poumons*, tandis que l'un, le droit, était bien « développé et qu'il remplissait toute la cavité droite du thorax ; « le gauche était comme perdu dans la gouttière intra-thora- « cique, caché par une assez abondante quantité de tissus la- « mineux. En poussant plus loin notre examen, nous recon- « nûmes facilement qu'il était complétement atrophié et tout à « fait imperméable à l'air. Il présentait une texture dure, « comme fibreuse, et que je ne saurais mieux comparer qu'à

« la texture des capsules surrénales. Incisant ce poumon si « atrophié, nous remarquâmes bon nombre de cavités plus « ou moins spacieuses paraissant communiquer les unes avec « les autres. C'étaient de véritables cavernes tuberculeuses, « lisses intérieurement, parfaitement cicatrisées et vides de « toute matière.

« Quant à l'autre poumon, il présentait, à l'extérieur, une « couleur livide ou d'un rouge foncé et une fermeté plus grande « grande que dans son état ordinaire : il était aussi spécifique- « quement plus pesant. Quoique crépitant encore sous la pres- « sion des doigts, on reconnaissait pourtant que cette crépita- « tion était imparfaite et qu'il existait un engorgement san- « guin. Aussi, en coupant ou divisant le poumon, on trouvait le « tissu tout infiltré d'une sérosité sanguinolente trouble et spu- « meuse. C'était, en un mot, de l'engouement pulmonaire, « s'étendant cette fois à tout le parenchyme de l'organe ; c'était, « en d'autres termes, une véritable inflammation de tout le « poumon seul en état de fonctionner. »

M. le docteur Burggraeve, en faisant à l'*Académie royale de médecine de Bruxelles* (séance du 27 mars 1847) son rapport sur cette observation d'une grande importance en définitive (quoiqu'elle ne prouve pas péremptoirement la curabilité d'une affection tuberculeuse, mais seulement la possibilité de l'élimination de la matière tuberculeuse de l'organe qui la renferme), notre confrère belge, disons-nous, a ajouté les réflexions suivantes :

« La guérison d'une phthisie confirmée est sans doute un « fait très-remarquable et d'autant plus extraordinaire qu'elle « a eu lieu d'une manière spontanée. L'atrophie des poumons « n'est pas rare ; mais ce qui l'est, c'est l'existence d'un grand « nombre de cavernes, qui se sont vidées et parfaitement cica- « trisées. Il est vrai qu'on a vu des fistules pulmonaires, qui « après une suppuration plus ou moins prolongée, ont fini par « se dessécher. »

L'art, dans certains cas fort rares sans doute, paraît faire quelque chose d'analogue à ce que la nature fait aussi rarement sans doute : c'est dans les cas où la phthisie pulmonaire est pour ainsi dire localisée ; ce doit être sans doute et toujours au début du travail de tuberculisation. M. le docteur Bricheteau, médecin de l'hospice Necker, dans un travail sur la *Paracentèse thoracique*, a publié un fait fort curieux, qui paraît unique dans les annales de la science et qui prouve, du moins pour quelques cas, la possibilité de cette tuberculisation locale.

(*La suite à un prochain numéro.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE NATIONALE DES SCIENCES DE PARIS.

SÉANCE DU 7 MAI.

Dosage du sucre de lait au moyen du saccharimètre de M. Soleil, et détermination de la richesse du lait. — M. Poggiale, professeur de chimie au Val-de-Grâce, a déjà fait connaître un procédé propre à déterminer la richesse du lait par la méthode des volumes. Il a exécuté depuis, avec la saccharimètre de M. Soleil, des recherches qui l'ont conduit à des résultats d'une admirable précision.

Le nouveau moyen indiqué par M. Poggiale est basé sur les propriétés optiques du sérum du lait bien clarifié. Il se sert pour cela de l'ingénieux appareil de polarisation de M. Soleil.

Pour faire cette expérience, on coagule d'abord le lait au moyen de l'acide acétique et à la température de 40 ou 50°; on filtre ensuite, et l'on ajoute au liquide filtré quelques gouttes d'acétate de plomb, qui déterminent un précipité assez abondant. On obtient par une nouvelle filtration une liqueur parfaitement transparente et très-propre à ce genre de recherches.

Le sérum étant ainsi préparé, on l'introduit dans un tube d'observation de 22 centimètres de longueur, et après l'avoir fermé, on le place sur l'instrument pour obtenir le nombre de degrés indiquant la déviation que la lumière polarisée éprouve en traversant le liquide sucré. Si l'on a trouvé, je suppose, 28°, il suffira de consulter la table que M. Poggiale a dressée à cet effet, pour avoir le poids du sucre contenu dans 1 litre de petit-lait. On arrivera au même résultat à l'aide de la proportion suivante;

$$100 : 201{,}90 :: 28\,x.\ x = 56{,}53.$$

C'est-à-dire que, dans cette supposition, 1,000 grammes de petit-lait contiennent 56 grammes 53 centigrammes de sucre. 201,90 est la quantité de sucre de lait qui, dissoute dans l'eau distillée et portée au volume de 1,000 centimètres cubes produit une déviation de 100°.

M. Poggiale a fait une table indiquant depuis 1° jusqu'à 100 la quantité de sucre contenue dans 1 litre de petit-lait; mais il s'est borné à faire connaître les chiffres réellement utiles. La première colonne comprend les degrés trouvés et la deuxième le poids du sucre.

Degrés trouvés.	Quant. de sucre dans 1 litre de petit-lait.	Degrés trouvés.	Quant. de sucre dans 1 litre de petit-lait.	Degrés trouvés.	Quant. de sucre dans 1 litre de petit lait.
18	36,34	23	46,43	28	56,53
19	38,36	24	48,45	29	58,55
20	40,38	25	50,47	30	60,57
21	42,39	26	52,49	31	62,58
22	44,41	27	54,51	32	64,60

Il est bon de rappeler que, d'après les expériences de M. Poggiale, 1,000 grammes de petit lait renferment 57 grammes environ de sucre. Cette proportion correspond, d'après la table, à peu près à 28°; mais il est nécessaire d'accorder une tolérance de 2 ou 3°. Le lait vendu dans le commerce ne marque que de 19 à 23°.

Traitement du choléra par le mercure. — M. Robert, ancien médecin des lazarets de Marseille, adresse une note à l'appui des bons effets que M. Serres a retirés de l'emploi des frictions mercurielles et du sulfure noir de mercure dans le traitement du choléra. Il rappelle qu'il a obtenu durant l'épidémie de 1835, à Marseille, dix-sept guérisons de cholériques par l'emploi des frictions mercurielles à haute dose et du muriate suroxygéné de mercure. Il envoie à l'appui un exemplaire du mémoire qu'il a publié à cette époque dans la *Gazette Médicale*. (Voy. *Gaz. Méd.*, année 1835.)

SÉANCE DU 14 MAI.

Cette séance a été consacrée à des objets entièrement étrangers à la médecine.

SÉANCE DU 21 MAI.

Action magnétique des muscles. — M. de Humboldt communique l'extrait d'une lettre qui lui a été adressée par M. du Bois-Reymond, dans laquelle se trouvent des détails sur les expériences magnétiques exécutées par ce dernier savant.

Il résulterait de ces recherches que lorsqu'on plonge les doigts des deux mains dans deux vases d'eau salée qui communiquent avec les deux bouts d'un galvanomètre très-sensible, il se fait presque toujours une déviation plus ou moins prononcée de l'aiguille ; que lorsqu'on appuie les doigts contre les parois des vases et qu'on produit des contractions musculaires, la déviation est plus grande et dirigée du côté où la déviation est la plus forte.

M. Despretz fait part à l'Académie, à cette occasion, de quelques recherches qu'il a faites pour éclairer la question de l'influence des contractions, en tenant dans ses mains les deux armatures d'un galvanomètre (qu'il a dorées pour empêcher le dégagement d'électricité par le fait de l'oxydation du cuivre par la sueur), il a fait dévier l'aiguille ; mais un résultat analogue a été obtenu en plongeant les armatures dans de l'eau simple.

Composition de l'air expiré par les cholériques. — M. Doyère communique une indication des moyens qu'il emploie pour étudier la composition de l'air expiré par les cholériques.

Pour obtenir l'air expiré pur de tout mélange avec l'air atmosphérique, M. Doyère a imaginé de le diriger à l'aide d'un appareil à soupapes

dans des ballons en verre d'un litre environ, pleins d'hydrogène sec, tenus renversés pendant l'opération, et fermés ensuite à l'aide d'un bouchon à l'émeri enduit d'une matière grasse. L'appareil à soupape dont il s'agit est analogue à celui que M. Charrière plaçait sur les flacons à éthérisation.

L'analyse est faite à l'aide des appareils que M. Doyère a présentés l'an dernier à l'Académie et suivant les méthodes eudiométriques le plus généralement admises. Comme exemple de la composition de l'air expiré dans les diverses périodes du choléra, M. Doyère rapporte une série d'analyses relatives à un même sujet, et desquelles il résulte que l'acide carbonique est dans des proportions très-inférieures à celles de l'état normal et que cette proportion diminue à mesure que la maladie s'aggrave.

Proportion du sang dans les diverses espèces animales. — M. Wanner communique une note sur des expériences qu'il a faites pour déterminer les proportions du sang dans plusieurs espèces d'animaux, bœuf, mouton et lapin. D'après ces expériences, la proportion du sang serait, en poids, environ comme 5 est à 100. Cette connaissance peut être d'un grand secours, suivant l'auteur, pour prévoir le danger d'une hémorrhagie d'après la quantité de sang écoulé, et pour guider le médecin lorsqu'il pratique des saignées. Ainsi, dit M. Wanner, chez un sujet qui pèse 50 kilogr., une saignée de 2 livres ôte à l'individu la moitié de son sang.

Action désinfectante de l'éther sulfurique. — M. Baudelocque soumet à l'Académie des expériences qu'il a faites relativement à l'éther sulfurique, et qui ont rapport à l'hygiène et à la pratique de l'art de guérir.

L'éther sulfurique a pour effet de détruire instantanément le gaz hydrogène sulfuré ; ainsi, quand on verse dans une garde-robe quelques gouttes d'éther sulfurique, on ne sent nullement, après la défécation, l'odeur des matières fécales. D'autre part, ajoute M. Baudelocque, on arrive au même résultat quand un appartement est infecté par l'odeur des matières fécales ; lors, par exemple, qu'on vide une fosse d'aisances, si l'on répand quelques gouttes d'éther dans les diverses pièces de l'appartement, l'odeur du gaz hydrogène cesse également aussitôt.

L'auteur pense, en outre, qu'on pourrait tirer utilement parti de l'emploi de l'éther dans quelques cas de chirurgie, particulièrement pour la réduction des hernies, en injectant cette substance par le rectum.

Électrisation localisée. — Mr. Duchenne (de Boulogne) adresse un nouveau mémoire sur l'électrisation localisée, dont il déduit les propositions suivantes :

1° *Électrisation par la machine électrique.* La machine électrique,

quel que soit le mode d'électrisation employé, ne produit le plus souvent que des phénomènes électro-cutanés peut-être utiles dans certaines affections légères, mais impuissants dans les paralysies du mouvement et insuffisants dans les cas où il est nécessaire d'agir vivement sur la sensibilité de la peau comme dans les anesthésies rebelles, les sciatiques, le choléra, etc.

La bouteille de Leyde, c'est-à-dire l'électricité à forte tension, développe, il est vrai, des contractions musculaires, mais la sensation douloureuse et la commotion générale qu'elle produit rendent l'opération pénible, sinon dangereuse. Par ce procédé, il est impossible de limiter l'action électrique dans les organes. L'influence physiologique et thérapeutique du bain électrique n'est pas appréciable.

2° *Électro-puncture.* Par l'électro-puncture, on ne peut isoler l'action musculaire de l'action électro-cutanée.

La sensation produite par l'électro puncture est elle-même complexe. Elle se compose, en effet, de l'excitation de la sensibilité de la peau qui développe une sensation de brûlure et de l'excitation de la sensibilité musculaire qui donne lieu à la sensation spéciale de la contraction musculaire. Cette dernière sensation est masquée par la première.

L'excitation électro-cutanée étant circonscrite dans le point traversé par l'aiguille, l'électro-puncture est presque toujours impuissante dans les cas où il faut agir sur une grande étendue de la peau.

Les contractions produites par l'électro-puncture sont presque toujours irrégulières et imprévues.

Pour que l'excitation arrivât directement dans toutes les fibres d'un muscle, il faudrait enfoncer dans son tissu un très-grand nombre d'aiguilles. Les malades voudront-ils se soumettre à une telle opération ?

La methode qui consiste à traverser les troncs nerveux avec les aiguilles est presque toujours impraticable.

Dans des paralysies rebelles à l'électro-puncture longtemps et énergiquement pratiquee, la galvanisation localisée, méthode nouvelle qui sera exposée dans un prochain mémoire, a souvent triomphé.

Cependant l'électro-puncture venant en aide à la galvanisation localisée, est appelée à rendre encore de grands services à la médecine et à la chirurgie.

Il résulte des nombreuses expériences de l'auteur, faites sur l'homme, relativement à la limitation de l'action électrique dans les organes, que suivant l'état de sécheresse ou d'humidité de la peau, les recompositions électriques obtenues à l'aide de ses appareils sont superficielles ou profondes, et produisent des phénomènes électro-physiologiques en rapport avec les fonctions des organes où ces recompositions s'opèrent. Ainsi, dans la peau, les recompositions électriques développent des phé-

nomènes de sensibilité cutanée ; dans un muscle ou dans un faisceau musculaire, des phénomènes de contractilité limités au muscle ou à une portion de ce muscle ; dans un nerf, des mouvements d'ensemble qui s'étendent aux muscles qui sont sous la dépendance de ce nerf, sur les surfaces osseuses, la sensation d'une douleur contuse semblable à celle que produit le choc d'un corps dur contre un os. On arrive aussi aux organes contenus dans les cavités soit directement, soit à l'aide de leurs nerfs, etc., etc.

Ces résultats se trouvent confirmés par les expériences suivantes faites sur des animaux.

Exp. I. — Chez un lapin récemment tué, dont les nerfs étaient encore excitables et dont le poil avait été enlevé afin de mieux observer le jeu des muscles, M. Duchenne a mis à nu le nerf facial d'un seul côté et l'a isolé des tissus voisins. Les excitateurs ont ensuite été placés alternativement sur le nerf dénudé et sur celui qui du côté opposé était encore recouvert par la peau qu'on avait eu le soin d'humecter préalablement. Des deux côtés les muscles qui sont animés par le nerf facial sont entrés en contraction, des deux côtés l'excitabilité existait au même degré.

Exp. II. — L'expérience précédente, répétée sur un animal vivant, a donné des résultats identiques, avec cette différence remarquable cependant que le nerf facial dénudé était beaucoup plus excitable.

Ces expériences tendent à prouver : 1° que par certains procédés on peut limiter l'action électrique dans un nerf aussi sûrement à travers la peau qui le recouvre que s'il était dénudé ; 2° qu'un nerf dénudé et galvanisé chez un animal vivant est beaucoup plus excitable par le fait de l'opération et de son contact avec l'air, et en conséquence que dans les recherches électro-physiologiques il vaut mieux, quand cela est possible, expérimenter à travers la peau intacte et avant que la vitalité du nerf ait été modifiée par une sorte de mutilation.

— M. Despretz présente, au nom du même médecin, un nouvel appareil magnéto-électrique, qui possède des propriétés nouvelles dues : 1° à la double induction ; 2° à la graduation sur une échelle de 95 degrés ; 3° à l'action continue et graduée de l'armature ; 4° enfin à la division des intermittences rapides ou rares selon les indications.

Le mémoire et l'appareil de M. Duchenne sont renvoyés à la commission des prix Monthyon.

SÉANCE DU 28 MAI.

Sur la production d'un courant électrique, dans l'acte de la contraction musculaire. — M. Becquerel lit un mémoire ayant pour titre: *Considérations générales sur la théorie électro-chimique.* M. Becquerel dit avoir répété sans succès l'expérience de M. Dubois-Reymond

relative à la production d'un courant électrique dans l'acte de la contraction musculaire, en se conformant au dispositif indiqué par lui dans une lettre à M. Arago par M. de Humboldt, en date du 17 mai, en écartant toutefois, à l'exception de celle dont l'action est signalée, les causes qui peuvent donner lieu à des courants électriques. Il n'a pu constater les effets signalés par M. Dubois-Reymond. — M. Becquerel en conclut qu'il n'y a aucun motif pour modifier les lois qui régissent les effets électriques produits dans les actions chimiques, et qui servent de bases à la théorie électro-chimique qu'il a exposée dans son *Traité expérimental de l'électricité et du magnétisme*.

— M. Despretz rend compte d'expériences qu'il a faites dans le même but, celui de vérifier les expériences de M. Dubois-Reymond sur la déviation de l'aiguille par les courants électriques provenant d'une action musculaire. M. Despretz s'est servi d'un galvanomètre d'une très-grande sensibilité d'un dixième de décimètre de diamètre, faisant 1800 tours sur le châssis de l'appareil. M. Despretz, après avoir d'abord opéré, comme il l'avait indiqué dans la dernière séance, en tenant deux conducteurs cylindriques dans les mains, et observant la déviation de l'aiguille, au moment où il contractait alternativement avec énergie les muscles du bras, a suivi fidèlement, dans ses nouvelles expériences, le procédé indiqué par M. Dubois-Reymond. Dans ces expériences, la contraction alternative de chaque bras a donné tantôt des déviations dans le même sens, tantôt des déviations dans un sens contraire. M. Despretz les a variées ensuite de diverses manières, et il a obtenu des résultats très-variables, tantôt favorables, tantôt contraires à l'assertion de M. Dubois Reymond. Pour réduire les expériences à un plus grand état de simplicité, M. Despretz a remplacé le galvanomètre par une grenouille. Plusieurs personnes isolées ou non isolées ayant fortement contracté l'un des deux bras, ont cherché vainement à exciter des convulsions en réunissant les deux bras par les parties de l'animal. Les résultats ont donc été encore négatifs.

En résumé, M. Despretz conclut de l'ensemble de ses essais que la contraction d'un bras ne donne pas lieu à un courant électrique. Il peut y avoir, dit-il, dans ce phénomène, comme dans mille autres, de l'électricité décomposée, mais elle se recompose immédiatement, puisqu'on est impuissant à la rendre manifeste. Il ne serait pas impossible, ajoute le savant académicien, qu'un grand nombre d'expériences sur les courants animaux et végétaux ne fussent que des illusions, et que ce qu'on attribue à des courants animaux ou végétaux ne fût que le résultat de l'action des liquides sur les lames métalliques des électroscopes ou d'autres liquides différents.

Des avantages de la méthode hémospasique (grande ventouse)

substituée, dans certains cas, à l'emploi de médicaments énergiques. M. le docteur Junod lit, sous ce titre, un nouveau mémoire faisant suite à ses précédentes communications sur le même sujet.

Pour bien comprendre l'emploi substitué de la méthode hémospasique à celui de certains médicaments, dit l'auteur, il est essentiel de bien saisir l'action même et les effets de l'appareil : quand on pense qu'on fait le vide sur une grande surface du corps, vide qu'on peut étendre indéfiniment; qu'il y a un même déplacement dans une partie de la masse du sang ; que la circulation est pour ainsi dire déviée de sa marche ordinaire ; que le cœur se ressent de ce mouvement irrégulier imprimé à une partie du système circulatoire ; qu'il y a une révulsion qui peut s'élever du plus bas degré à la dixième ou quinzième puissance ; que la vie est pour ainsi dire en excès sur la surface enveloppée par l'appareil, tandis qu'elle est en moins dans d'autres parties du corps ; que la sensibilité générale est troublée, quoiqu'à des degrés divers, on concevra facilement qu'il doit s'opérer alors dans l'économie un état de perturbation, de mouvements insolites, non-seulement par le déplacement du sang, mais encore par la calorification plus ou moins modifiée, par des écarts de sensibilité, par des troubles fonctionnels, variés d'après la constitution individuelle, ou plutôt selon le degré d'aspiration et de vide opéré par l'appareil. Aussi voit-on, quand l'application agit avec une certaine force, se produire des phénomènes particuliers, surtout chez les personnes d'une constitution faible et irritable. Ces phénomènes sont, en général, la pâleur de la face, un sentiment d'horripilation, quelquefois du tremblement, d'autres fois des vomissements, des nausées et très-souvent un flux diarrhéique. Mais le phénomène le plus frappant est la *lipothymie* ou défaillance, ce qui s'explique facilement par la dimension du volume du sang dans le cœur, et les principaux centres nerveux, en raison de l'application de l'appareil aux extrémités inférieures.

Le mouvement de perturbation est tellement prononcé, quoiqu'à des degrés différents, qu'il est rare que le même individu puisse supporter simultanément un appareil aux deux jambes, et il n'en est aucun que je sache capable de tolérer une aussi forte application en restant debout, car alors la défaillance ne se ferait pas attendre si l'on voulait la provoquer.

On ne saurait bien se rendre compte des effets que nous venons d'indiquer, ni apprécier la puissance de ce moyen, sans savoir que l'on peut ainsi, à volonté, retirer instantanément de la circulation générale jusqu'à six et même huit livres de sang, et maintenir cet énorme déplacement pendant plusieurs jours ou aussi longtemps que le cas l'exige.

Pour bien nous rendre compte de la quantité de sang attirée dans la

jambe, nous sommes parvenu, par une espèce de jaugeage, c'est-à dire en évaluant la quantité d'eau que déplacée la jambe placée dans un réservoir, après l'application, et la comparant à celle qui était déplacée par la première immersion, à constater sur nous-même que la circonférence du mollet étant augmentée de deux pouces, cela indique qu'un déplacement de 1,500 grammes de sang a eu lieu. Souvent il nous est arrivé de porter jusqu'à deux litres cet énorme déplacement sur la même jambe, ce qui cependant ne met aucun obstacle à la marche ; on conçoit que cet effet est double si on agit sur les deux extrémités simultanément.

Les considérations qui précèdent prouvent que cette méthode a une action beaucoup plus profonde, plus énergique, plus étendue que ne le pensent ceux qui ne la connaissent pas ou ne la connaissent que superficiellement. Il ne s'agit pas, en effet, de l'application de simples ventouses, de faire le plein et le vide, comme on le croit, mais d'imprimer à l'économie un trouble général et salutaire. La révulsion, *cette constante* de la bonne thérapeutique, trouvant ici un large développement, satisfait à une multitude d'indications ; elle devient un moyen curatif d'autant plus puissant que la cause, toujours sous la direction du praticien, peut être soumise à des gradations infinies. C'est ce qui fait que non-seulement elle peut être l'énergique auxiliaire de beaucoup de substances médicamenteuses, mais les remplacer avec ce précieux avantage de n'entraîner dans son emploi aucun inconvénient ni prochain ni éloigné ; l'expérience l'a démontré ainsi depuis plus de vingt ans que je fais usage de l'appareil hémospasique.

Comparant ensuite les effets curatifs produits par cette méthode avec ceux que détermine l'emploi de certains médicaments, l'auteur examine un certain nombre de médicaments qui passent pour les plus énergiques, tels que les purgatifs, les vomitifs, les narcotiques, le quinquina, le fer et ses préparations, la digitale pourprée, etc., et il termine son mémoire par les conclusions suivantes :

1° Que le vide opéré sur une grande surface du corps produit non-seulement une révulsion énergique, mais encore une perturbation plus ou moins intense dans toute l'économie ;

2° Que ce mouvement de perturbation, loin d'être nuisible, peut être utile dans une multitude d'affections morbides ;

3° Qu'on peut substituer, dans une foule de cas, la méthode hémospasique ou à forte révulsion à l'emploi des médicaments énergiques, dont les effets avantageux ne sont que trop souvent contre-balancés par de graves inconvénients.

4° Enfin que, dans les cas même où il y a indication spéciale, positive, d'un médicament particulier, l'appareil hémospasique peut et doit être regardé comme un puissant auxiliaire de ce même médicament.

Recherches sur les anévrismes. M. Chassaignac adresse un mémoire sur les anévrismes, à l'occasion d'un anévrisme poplité traité avec succès par la ligature de la crurale. L'auteur s'est proposé, dans ce travail, de faire des recherches sur la valeur diagnostique des bruits qui se produisent dans les anevrismes des membres ; sur la douleur que determine la constriction de l'artère par la ligature ; sur les hémorrhagies qui peuvent survenir après les ligatures d'artères ; sur l'inégale distribution de l'epaisseur du caillot dans le sac anévrismal ; sur le mécanisme de la non oblitération des artères co latérales qui naissent des parois mêmes de l'anévri me ; sur la nécessité de lier, sans aucune exception toute artériole ouverte pendant une opération d'anévrisme ; sur les principes qui doivent guider l'opérateur dans la ligature de la crurale au tiers supérieur de la cuisse.

Du fait que l'auteur rapporte dans tous ses détails et des recherches contenues dans ce travail, il déduit les conclusions suivantes :

1° L'existence antérieure d'un foyer apoplectique dans le cerveau n'est pas une circonstance qui, dans le cas d'anévrisme des membres, soit de nature à contre-indiquer la ligature d'une grosse artère.

2° La ligature d'une artère volumineuse a pour effet de disposer les branches collatérales qui naissent de cette artère au-dessous de la ligature, à des hémorrhagies plus fortes que ne semble le comporter le volume de ces branches.

3° Il importe, dans les incisions, pour une ligature d'artère, d'éviter avec un grand soin la blessure des branches artérielles, même les plus petites, non-seulement parce que le manuel opératoire est troublé par la présence du sang dans la plaie, mais encore parce que les artères, même les moins volumineuses, peuvent, dans ce genre d'opération, devenir la cause d'hémorrhagies plus ou moins fortes.

4° Lorsque des artères, même très-petites, ont été ouvertes dans le cours d'une opération de ligature, il est plus important qu'en toute autre opération de se mettre en garde contre les suites possibles de leur blessure, et d'en pratiquer la ligature immédiate.

5° Le moment de l'elimination complète d'une ligature n'est pas toujours l'indice précis du moment ou l'artère est coupée par le fil. Quelquefois, quoique cette dernière soit déjà complètement divisée, la ligature tient pendant plusieurs jours encore dans la plaie.

6° Quand le caillot renfermé dans une poche anevrismale est traversé par un canal accidentel, il ne faut point à ce canal une enveloppe uniformément épaisse.

7° Ce qui prévient l'oblitération des artères collatérales qui naissent des parois d'un sac anévrismal, c'est la conservation d'un disque de la

tunique interne. Là où ce disque n'est pas conservé, l'artère collatérale s'oblitère.

8° Le bruit de souffle ou de râle qui existe dans les anévrismes ne peut être confondu un seul instant avec le bruit artérioso-veineux propre à l'anévrisme variqueux.

9° Le bruit artérioso-veineux se propage à de grandes distances dans la direction des veines qui se continuent avec celle dans laquelle s'ouvre l'artère anévrismale.

10° Le moment de la constriction d'une artère par la ligature est toujours signalé par une douleur vive. Dans le cas où un cordon nerveux se trouve compris avec l'artère, dans l'anse du fil, la douleur est rapportée par le malade aux parties dans lesquelles se distribuent les divisions terminales de ce cordon nerveux. Si l'artère seule est comprise dans la ligature, la douleur n'est rapportée à aucun point particulier. Elle n'est pas localisée, ou si elle l'est, c'est dans la plaie même de l'opération.

11° Dans le cas d'hémorrhagie, à la suite d'une opération de ligature d'artère, il ne faut pas toujours recourir d'emblée à la réouverture de la plaie d'opération, l'hémorrhagie, quand elle provient d'une petite artère, pouvant s'arrêter spontanément.

Traitement de l'épilepsie. — M. Cheneau adresse un mémoire sur l'épilepsie.

L'auteur s'est proposé, en publiant ce travail, de démontrer la curabilité de l'épilepsie. Il établit comme conséquences de ses recherches :

1° Qu'il y a progrès dans le traitement de l'épilepsie;

2° Que la guérison de l'épilepsie, quand elle a lieu, n'est pas exclusive aux premiers âges de la vie ; qu'on peut aussi l'obtenir à un âge assez avancé ;

3° Que cette différence d'âge ne modifie pas d'une manière notable les chances de succès ni la difficulté du traitement ;

4° Que les complications d'idiotisme, de paralysies plus ou moins étendues, etc., ne sont pas des obstacles insurmontables à la guérison ;

5° Que le traitement peut être de courte durée, mais qu'il est impossible, par avance, de rien préciser à cet égard ;

6° Que la digitale mérite de fixer l'attention des praticiens dans le traitement de l'épilepsie ;

7° Que l'opinion émise par des médecin, que plusieurs accès ne peuvent se montrer dans une même journée, n'est pas suffisamment motivée;

8° Que l'on a commis une erreur en donnant comme symptôme caractéristique de l'épilepsie : une pâleur extrême, succédant vers la fin de l'accès à la rougeur de la face qui existait pendant celui-ci;

9° Qu'il existe chez l'homme une forme de l'épilepsie à laquelle on peut conserver le nom de tournis qui déjà lui a été donné ;

10° Que le tournis n'est pas toujours dû à une lésion du cerveau ou des pédoncules du cervelet ;

11° Enfin, que le tournis peut guérir.

SÉANCE DU 4 JUIN.

Introduction de l'eau dans la vessie dans le choléra. — M. Piorry adresse une lettre dans laquelle il appelle l'attention de l'Académie sur les faits suivants relatifs au traitement du choléra.

Une étude attentive des phénomènes observés dans le choléra asphyxique ou bleu lui a prouvé, dit-il, que les malades meurent par suite de défaut d'eau dans le sang. Il y a deux jours, il a pensé que l'on pourrait introduire peu à peu, en quelques heures, de grandes quantités d'eau dans la vessie, et que l'absorption y serait prompte et utile ; ce matin 4 juin, il a employé ce moyen chez un homme atteint de choléra. Cet homme périssait, les veines étaient vides, les artères presque sans battement appreciable, le cœur et le foie se trouvaient diminues de moitié, le poumon était démesurément sonore, le ventre plein de liquide et vide de gaz.

Près de 2 litres d'eau furent injectés dans la vessie en une heure, 60 grammes par 60 grammes à la fois. La plessimétrie mesurant cet organe distendu prouva bientôt que l'absorption s'y opérait d'une manière très-rapide, car d'un instant à l'autre l'organe rempli d'eau diminuait.

En même temps les veines se remplissent, le pouls prend du developpement, le cœur et le foie augmentent de volume, et l'état du malade devient infiniment meilleur.

SÉANCE DU 11 JUIN.

Influence de l'électricité atmosphérique sur le choléra. — M. Andraud adresse quelques observations météorologiques concernant le choléra.

Depuis que le choléra sévit à Paris avec plus ou moins de rigueur, dit M. Andraud, j'ai observé journellement l'action de la machine electrique, afin de m'assurer s'il n'y a pas une certaine relation entre l'intensité du fléau et l'absence du fluide électrique repandu habituellement dans l'atmosphère. La machine qui a servi à ses observations donne, dans un temps ordinaire, après deux ou trois tours de roue, des étincelles fulgurantes de 5 à 6 centim. Il a pu d'abord remarquer que depuis l'invasion de l'épidemie, il lui a été impossible de reproduire une seule fois les mêmes effets. Dans le courant des mois d'avril et de mai, les etincelles obtenues à grand'peine n'ont jamais dépassé 2 et 3 centimètres, et à peu de chose près leurs variations ont concordé avec les oscillations du choléra.

La machine consultée de nouveau pendant la chaleur et le beau temps,

loin d'accuser une augmentation d'électricité, n'en a donné que des signes de moins en moins sensibles, à tel point que pendant les journées du 4, du 5 et du 6 juin, il a été impossible d'en obtenir autre chose que de légères crépitations sans étincelles ; enfin le 7 la machine a été complétement muette. Or cette nouvelle décroissance du fluide électrique a parfaitement concordé avec les nouvelles violences du choléra. Enfin le 8 au matin de faibles étincelles ont reparu, d'heure en heure leur intensité augmentait ; je sentais avec bonheur que le fluide vivifiant faisait retour dans le vide de l'air. Vers le soir un orage annonçait que l'électricité était rentrée dans son domaine. Le lendemain samedi 8 tout était rentré dans l'ordre ; la machine au moindre attouchement rendait avec facilité de vives étincelles.

Nature et traitement du choléra. — M. le docteur Chapelle adresse une note sur la nature et le traitement du choléra.

Les grandes épidémies : peste, fièvre jaune, choléra, fièvres intermittentes, ont une origine paludéenne ; elles prennent naissance dans les localités où existent des eaux croupissantes mêlées à des débris organiques en putréfaction.

Le choléra, dit l'auteur, tire en effet sa source du delta marécageux du Gange ; il explique la propagation dans les contrées éloignées de son berceau par des courants atmosphériques renforcés sur leur passage par les émanations délétères qui s'échappent des lieux insalubres qu'ils traversent, etc. Quant aux symptômes, ils se rapprochent de ceux qu'on rencontre dans les fièvres intermittentes pernicieuses. Ainsi tout porte à croire, suivant lui, que le choléra appartient à la famille des fièvres paludéennes. Cette manière de voir conduirait à l'emploi du sulfate de quinine à doses élevées, et donné autant que possible au début des accidents et aux heures où il se produit quelque rémission dans les symptômes.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE DE PARIS.

SÉANCE DU 8 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Choléra. — M. Chambay, médecin de l'hospice et des prisons d'Alençon et médecin des épidemies, adresse la lettre suivante :

« Vers le 16 mars dernier, la femme Duguet, âgée de 40 ans, demeurant à Pierre-Plate, commune de Lonray, était partie bien portante pour aller à Paris chercher un nourrisson. Cette femme, pendant les quinze jours qu'elle passa au bureau des nourrices, faubourg Saint-Germain, vécut avec la plus grande parcimonie, éprouva des coliques et de la diarrhée, partit le 3 avril pour revenir à Alençon, fit le voyage à petites journées dans une voiture mal close, et arriva le samedi 7 avril Lonray. Elle

avait eu pendant le voyage de nombreuses évacuations alvines. Le lendemain, un médecin d'Alençon constata les symptômes suivants : le visage était cyanosé, la peau froide et visqueuse ; le pouls nul à la radiale ; les battements du cœur extrêmement faibles ; les urines presque complétement supprimées ; vomissements et évacuations alvines de matières séreuses semblables à une décoction de riz ; voix éteinte, crampes. Ce médecin diagnostique une *cholérine intense présentant la plupart des symptômes du choléra asiatique*. Un traitement approprié fut ordonné ; la malade fut revue le 9 par le même médecin, qui constata les mêmes symptômes qu'à sa première visite, moins les vomissements, et la malade succomba dans la nuit. Deux jours après, le mari de la femme Duguet venait consulter son médecin pour sa fille âgé de six ans, qui, disait-il, était prise des mêmes symptômes que sa mère, et cette enfant succombait cinq jours après. Le jour de l'enterrement de cet enfant, sa grand'mère, d'après le récit de Duguet, fut atteinte des mêmes accidents que les deux autres, et elle succomba le lendemain. Ces trois personnes habitaient la même maison.

« La femme Goulay, âgé de 66 ans, mère de la femme Duguet, ainsi que la fille Goulay, âgée de 27 ans, sœur de cette dernière, étaient venues de La Roche, lieu de leur domicile, qui est distant de Pierre-Plate d'environ huit kilomètres, pour donner des soins à la femme Duguet. Elles ne tardèrent pas à être prises de diarrhée, et lorsqu'après la mort de leur parente ces femmes retournèrent à La Roche, elles furent prises pendant la route de crampes tellement fortes, qu'elles se roulaient sur le sol. D'après les renseignements que j'ai pu recueillir, la femme et la fille Goulay ont éprouvé les mêmes symptômes que la famille Duguet. La première de ces femmes a succombé le troisième jour et la fille le quatrième.

« Il n'y avait dans la commune de Louray ni dans la commune de La Roche rien qui annonçât que l'influence épidémique pesait sur ces contrées ; on n'y connaissait aucun cas de cholérine ni de choléra. L'état sanitaire était excellent, lorsque le 7 avril, arrive dans le village de Pierre Plate, commune de Louray, une nourrice venant de Paris, qui, le lendemain de son arrivée, est prise des symptômes du choléra, et qui succombe trois jours après. Sa fille éprouve deux jours après les mêmes accidents, et meurt le cinquième jour. Enfin, le jour de l'enterrement de cette enfant, la grand'mère est atteinte d'accidents semblables, et expire le lendemain. Deux femmes, la mère et la sœur de la femme Duguet, étant venues de La Roche pour donner des soins à leur parente, quittent la maison mortuaire, sont prises, en arrivant à leur domicile, de symptômes cholériques, et succombent toutes les deux dans l'espace de quatre jours.

« Cette observation est de nature à jeter du doute dans les esprits non prévenus. Pour nous, elle corrobore une conviction qui, depuis 1832, est fortement enracinée dans notre esprit ; car ce fait n'est pas pour nous un fait isolé. Médecin des épidémies dans un arrondissement d'où partent journellement des nourrices qui vont à Paris chercher des nourrissons, nous avons été à même de constater en 1832, aux environs de Carrouges, une quinzaine de cas qui présentent une parfaite analogie avec celui qui fait l'objet de cette observation.

« Plus tard, lorsque le fléau asiatique aura quitté nos contrées, et que ce sera pour chaque médecin un devoir de fournir quelques matériaux à l'édifice de l'histoire du choléra en France, nous aussi nous payerons à la science notre faible tribut. Nous examinerons spécialement la question de la contagion qui, selon nous, est rejetée par l'Académie de médecine avec trop de légèrete ; et ce n'est pas sans surprise que nous avons vu un honorable académicien traiter du haut de la tribune avec un superbe dédain les médecins de province dont les opinions, en matière de contagion, ne sont pas celles qui sont généralement adoptées. On devrait se rappeler que pendant vingt ans l'Académie a nié la contagion de la fièvre typhoïde, et que ce sont les nombreux faits fournis par les médecins de province qui ont puissamment contribué à la solution de cette question. Il en sera de même pour le choléra : c'est des départements que viendra la lumière qui devra élucider l'importante question de la contagion.

« Agréez, etc. »

— M. Bouvier communique le mouvement de la semaine.

Le total des décès de la semaine, dit M. Bouvier, du 30 avril au 6 mai, a été de 275.

Il était, la semaine précédente, de 169.

Augmentation, 106, près des deux tiers en sus.

Il y a eu précédemment 305 décès (du 2 au 8 avril), mais la Salpêtrière y entrait pour les deux tiers.

Les nouveaux cas sont au nombre de 554.

Semaine précédente, 292. C'est près du double.

Le plus fort nombre précédemment était de 471 (du 9 au 15 avril).

Les nouveaux cas sont donc beaucoup plus nombreux qu'ils ne l'ont encore été, tandis que les décès n'atteignent pas le maximum déjà observé.

Ce n'est pas que la mortalité ait beaucoup diminué dans les hôpitaux, mais c'est parce qu'elle a toujours été plus forte à la Salpêtrière, en raison de l'âge des sujets, et comme précédemment cet hospice fournissait la majorité des cas, moins de malades donnaient plus de décès.

La Salpêtrière, aujourd'hui, n'a que 22 cas, 1 de moins que l'autre

semaine. La décroissance n'y continue pas dans la proportion rapide qu'elle suivait jusque là. Il y a un temps d'arrêt.

Les autres hospices ont eu 27 cas, au lieu de 16.

L'augmentation porte essentiellement sur les hôpitaux, le total des cas est juste le double de celui de la semaine précédente, 505 au lieu de 253 ; différence, 252.

Les cas de l'intérieur ne sont toutefois pour rien ou presque rien dans cette augmentation, il y en a 77 au lieu de 74.

Ce sont les cas du dehors, ceux de la ville, qui produisent toute l'augmentation ; aussi sont-ils près de deux fois et demi aussi nombreux que ceux l'autre semaine, il y en a 428 au lieu de 179.

La semaine la plus chargée (du 9 au 15 avril) n'en avait que 204, pas la moitié autant.

Ce mouvement ascensionnel, qui avait commencé à la fin de la semaine précédente, a été progressif pendant la semaine dernière. La moyenne des trois premiers jours n'est encore que de 53 ; celle des quatre derniers est de 67. Hier lundi, tous les chiffres précédents ont été dépassés; il y a eu 98 entrées dans les hôpitaux seulement, non compris les cas déclarés dans les salles, lesquels sont au nombre de 20.

A l'Hôtel-Dieu, même proportion à peu près, 126 malades du dehors au lieu de 68. Pas d'augmentation pour les malades de l'intérieur, 16 ; il y en avait eu l'autre semaine, 18 ; 64 décès au lieu de 38.

A Beaujon, encore des proportions analogues. Les malades de la banlieue, toujours en même nombre, ne forment plus la majorité des cas. Il y en a 9 ; il y en avait eu 8 la semaine d'avant. Le quartier a envoyé au contraire plus du double des cas de la semaine précédente, 19 au lieu de 8.

Enfin, les décès à domicile ont participé à l'augmentation générale des chiffres. Le 27 avril, ils montaient à 35 ; le 30 à 47 ; et du 1er mai au 4, à l'exception d'un jour, ils ont passé 50.

Malgré cet accroissement du nombre des malades et des décès, l'épidémie est jusqu'ici beaucoup plus bénigne que la moindre des deux épidémies de 1832, que celle de juin, qu'on appelle la recrudescence, avec laquelle elle a d'ailleurs beaucoup de rapport. A part ses ravages à la Salpêtrière et dans les hôpitaux, elle a fait en deux mois moitié moins de victimes dans la ville que la première en six à sept semaines, et le maximum des décès qu'elle cause chaque jour a atteint à peine la moitié du chiffre de 226, qui fut le maximum de l'épidemie de juin. La différence est même plus grande encore, si l'on considère que la population de 1832 était d'un tiers inférieure à celle de 1849, et que pour être semblables, les nombres correspondants devraient offrir le même rapport.

SÉANCE DU 15 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

La salle ayant été occupée pour les élections, la séance n'a pas eu lieu mardi ; elle a été renvoyée au samedi suivant 19.

SÉANCE DU 19 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Nouveau cow-pox ou chameline.— M. Agnielli, directeur du comité de vaccine d'Alger, fait part à l'Académie d'une découverte intéressante qu'il a faite dans ses communications avec les Arabes. Il a appris de ceux-ci que la chamelle présente accidentellement une éruption tout à fait semblable au cow-pox des vaches, et dont le produit, inoculé aux hommes, les garantit de la petite vérole. Il se propose de faire des expériences avec ce nouveau virus, qu'il désigne sous le nom de *chameline*, et d'en faire connaître les résultats à l'Academie. (Comité de vaccine).

Choléra — M. Bouvier communique de nouveaux détails sur la marche décroissante du choléra tant en ville que dans les hôpitaux. (Voir plus bas, à la séance du 22).

M. Gérardin : Les communications de M. Bouvier offrent certainement de l'intérêt, et l'Académie doit lui savoir gré des efforts qu'il fait pour recueillir tous ces documents. Cependant M. Bouvier doit être convaincu maintenant que toutes ses prévisions ont été trompées. C'est une erreur de vouloir comparer l'épidémie actuelle à l'épidémie de 1832 ; c'est avec les épidémies qui viennent de parcourir tout récemment différentes contrées du nord de l'Europe qu'il fallait la comparer. Si notre collègue eût agi ainsi, il aurait vu que l'épidémie a procédé partout de la même manière; que pendant quatre, cinq, six semaines elle n'a fait d'abord que tâtonner en quelque sorte le terrain, et que ce n'est qu'après ces tâtonnements plus ou moins prolongés qu'elle a enfin éclaté avec une certaine intensité. La diminution n'arrive qu'après quelques fluctuations qui marquent son summum, et cette décroissance elle-même est encore loin d'être la fin de l'épidémie.

Après la connaissance de ce fait, il me semble inutile de venir porter chaque semaine des pronostics sur la cessation prochaine de l'épidémie ; les fluctuations quotidiennes ou hebdomadaires ne peuvent nous apprendre absolument rien pour l'avenir, et M. Bouvier peut juger par les pronostics qu'il avait portés dans les premières séances et par les événements qui sont survenus, de la valeur de toutes les prévisions qu'on veut établir d'après les faits de chaque jour. Il n'y a que les faits qui se sont passés dans les autres pays qui puissent nous permettre de faire quelques conjectures, et encore ces conjectures devraient-elles porter plutôt sur la durée de la maladie que sur le nombre de malades. Ainsi, en Russie, l'épidémie a fait beaucoup plus de victimes qu'en 1832 ; à Breslau, sur une population de 90,000 âmes environ, il y a eu 6 à 7,000 cho-

lériques ; à Berlin, sur une population de 300 et quelques mille, il y en a eu 14 ou 15,000 ; tandis qu'à Londres il y a eu une proportion infiniment moindre.

Il y a une chose qui m'étonne encore chez M. Bouvier, c'est de l'entendre parler de la seconde épidémie de 1832 ; il n'y a pas eu deux épidémies en 1832, il n'y en a eu qu'une ; ce que M. Bouvier appelle une seconde invasion n'est autre chose qu'une recrudescence.

Enfin, je ferai remarquer que la marche du choléra a été toute différente dans le Midi de ce qu'elle a été dans le Nord. En Egypte, par exemple, sa durée a été très-courte, elle est arrivée promptement à son maximum et a cessé en quelques semaines.

Je crois, en somme, qu'à Paris l'épidémie à atteint son maximum, et qu'elle décroîtra à l'avenir, mais je pense que l'on ne saurait être trop réservé dans de pareilles prévisions.

Conservation de l'eau potable. — M. Chevallier fait un rapport sur un procédé imaginé par M. Lemaire, fabricant de produits chimiques, pour conserver indéfiniment l'eau potable, et qui consiste à mettre cette eau en contact avec de la terre de pipe calcinée, dans la proportion de 10 grammes par litre d'eau. Les expériences faites par la commission ont demontré que le procédé de M. Lemaire n'atteignait nullement le but que se proposait l'auteur, et que surtout il était bien inférieur au procédé depuis longtemps employé avec succès, celui qui consiste à mettre l'eau en contact avec la poudre de charbon.

SÉANCE DU 22 MAI.

Épidémies de fièvre jaune et de choléra à New-York. — M. Bodinier, médecin à New-York, adresse deux communications : l'une relative à une épidémie de fièvre jaune qui a régné dans la baie de New York en septembre 1848 ; la seconde relative à une épidémie du choléra qui a sévi, à quatre mois de distance, dans la même localité.

Au commencement du mois de septembre 1848, dit M. Bodinier, deux navires arrivèrent dans la baie de New-York presque en même temps, l'un venant de la Nouvelle-Orléans, l'autre de la Vera-Cruz, villes où la fièvre jaune existait au départ des navires. Tous deux avaient à leur bord des fiévreux. Ils furent debarqués à l'hôpital et couchés parmi d'autres malades. La fièvre jaune ne se répandit pas dans l'hôpital. Les navires restèrent à l'ancre en face du village, à une portée de fusil du rivage, libres d'avoir des communications avec les canotiers et autres personnes. On remarqua dans ce moment que le vent vint à souffler pendant dix jours environ dans la même direction (ce qui est très-rare à New-York), et de manière à passer sur les navires à l'ancre, avant d'arriver sur les habitations de la côté. Ce fut alors que commencèrent à être attaqués de

la fièvre jaune les canotiers et tous les individus qui se tenaient habituellement sur le bord du rivage. Les bâtiments qui avaient apporté la maladie furent envoyés au large ; mais la maladie n'en continua pas moins à s'accroître et à avancer de proche en proche, de manière à pénétrer à quelques centaines de pas dans l'intérieur. La fièvre ne s'étendit qu'à une certaine distance du bord de l'eau, ne frappant pas les personnes qui avaient donné leurs soins aux premiers malades attaqués, mais bien celles qui, par leurs occupations, étaient appelées sur le bord du rivage ou y venaient habituellement.

Voici les détails que donne M. Bodinier sur l'épidémie de choléra :

Le navire le *New-York* quitta le Havre le 9 novembre 1848, le choléra ne régnant alors ni dans cette ville ni dans les environs. En route le navire ne toucha aucun port. Au départ il y avait à bord 385 personnes, toutes bien portantes. Pendant les seize premiers jours, la santé de ces personnes se conserva parfaite.

Le samedi 25 novembre 1848, un Allemand, passager de l'entre-pont, âgé de 29 ans, fut pris du choléra et succomba en trois jours.

Le lendemain, 26, un second cas se montra sur un vieillard, qui mourut le lendemain.

Le 27, une petite fille de 5 ans fut atteinte et mourut en deux heures.

Le 28, un petit garçon du même âge succomba en quatre heures.

Le cinquième cas se déclara sur un homme âgé de 40 ans, qui mourut en quelques heures.

Enfin deux autres enfants de 5 ans furent également atteints et moururent en six et huit heures.

Après ces sept cas, le navire arriva dans le lazaret de New-York, situé à l'entrée et au sud de la baie, dans l'île de Stater, à environ trois lieues de la ville qui occupe le nord de cette baie.

Le lazaret se compose de trois bâtiments isolés et éloignés les uns des autres de quelques centaines de mètres. Celui où furent débarqués les malades est à 500 ou 600 mètres des deux autres.

Le navire mit à l'ancre le vendredi soir, 1er décembre. Depuis ce jour jusqu'au 3 à midi, heure à laquelle les passagers furent débarqués, il y eut 12 nouveaux cas à bord.

Du 3 au 7 inclusivement, il se déclara à l'hôpital du lazaret, où furent transportés les malades, 15 cas, dont 6 moururent, et dont 4 appartenaient à des malades qui étaient déjà dans l'hôpital avant l'arrivée du navire. Ils avaient été en contact avec les passagers et leurs effets.

Les passagers du navire furent alors isolés des autres malades de l'hôpital.

Le 8 décembre, 2 nouveaux cas parmi les passagers et deux morts.

Le 9, 1 nouveau cas et 3 morts.

Les 10 et 11, pas de nouveaux malades, 1 mort.

En ville. — Le 4 au soir, un convalescent qui avait été à l'hôpital avec des passagers du *New-York* pendant 24 heures fut atteint du choléra et fut reporté à l'hôpital, où il mourut le 6.

Dans la même maison, un autre Allemand, qui n'avait eu aucune communication avec les passagers du *New-York*, fut atteint le 11 et mourut le 12.

Le 20 du même mois, un Allemand encore, qui venait de l'intérieur, qui n'avait eu aucune communication avec les malades de la ville ou de l'hôpital, fut affecté dans une rue voisine, et mourut dans la soirée.

Le 12, 4 nouveaux cas, pas de mort.

Le 13, 4 nouveaux cas. 2 de ces nouveaux cas se sont développés sur des convalescents de fièvre typhoïde qui n'avaient eu aucun rapport avec les passagers. Pas de mort.

Le 14, 7 nouveaux cas, tous sur les passagers du *New-York*.

Le 15, 6 nouveaux cas, 3 morts, tous sur les passagers du *New-York*.

Le 16, 3 nouveaux cas, 3 morts.

Le 17, 4 nouveaux cas, 1 mort.

Le 18, 5 nouveaux cas, 2 morts.

Le 19, 2 nouveaux cas, 2 morts, parmi les Allemands passagers du *New-York*.

Le 20, 4 nouveaux cas, 1 mort. 3 de ces malades étaient à l'hôpital avant l'arrivée du navire infesté. C'est la troisième fois que la maladie semble se répandre et se propager sur d'autres personnes que les passagers du *New-York*.

Le 21, 3 nouveaux cas, 1 mort sur des personnes qui n'ont eu aucun rapport avec les passagers du *New-York*, et qui n'avaient pas été dans l'hôpital du même bâtiment.

Le 24, 1 nouveau cas, 1 mort sur les habitants de l'hôpital.

Le 26, 5 nouveaux cas, 1 mort; aucun parmi les passagers.

Du 28 au 30, 10 nouveaux cas, 9 morts; aucun sur les passagers.

Il tombe une grande quantité de neige et le froid devient très-vif. La maladie disparaît complétement et ne se montre de nouveau que le 20 janvier 1849.

L'auteur rapporte enfin que la maladie s'est développée le 20 décembre à la Nouvelle-Orléans, sans atteindre les villes intermédiaires qui la séparent de New-York; qu'elle a ensuite remonté le cours du Mississipi; qu'elle s'est dirigée vers le Texas, etc.

L'auteur fait remarquer en terminant :

1° Que le navire est sorti d'un port sain, et n'avait pas de malades à bord;

2° Que la maladie s'est développée au milieu de l'Océan, sans que le navire ait eu de communication avec un port infesté ;

3° Que le navire qui est venu à quai, après douze jours de quarantaine, avec ses passagers de cabine et son équipage, n'a pas communiqué la maladie dans le voisinage ;

4° Que, au contraire, vingt-quatre heures après le débarquement des passagers d'entre-pont, des personnes avec qui ils avaient été en contact ont commencé à être atteintes du choléra ;

5° Que la maladie, après s'être communiquée de proche en proche à des personnes qui avaient été en contact avec les cholériques, s'est ensuite étendue dans d'autres bâtiments où les cholériques n'avaient pas pénétré, sans cependant acquérir les caractères d'une épidémie générale, puisqu'elle ne s'est pas répandue dans le village qui entoure la quarantaine, non plus que dans la ville de New-York.

L'auteur conclut du rapprochement de ces deux épidémies qui ont régné à quatre mois de distance l'une de l'autre, et qui toutes deux ont été apportées par des bâtiments venant de ports éloignés, que ces deux épidémies ont été produites par la contagion, mais d'une manière différente dans les deux cas. Il y a, suivant lui, contagion d'individu à individu dans le cas de choléra, et contagion ou propagation de la fièvre jaune par les émanations qui venaient des navires ou des personnes qui avaient été malades à leur bord, dans les cas de fièvre jaune.

Choléra. — M. Bouvier : (Les renseignements suivants sur la marche de l'épidémie résultent des communications des 19 et 22 mai).

La reprise de la période de croissance a continué jusqu'au 12 mai, jour du maximum des décès. Il y en a eu 82 dans les hôpitaux et hospices. Le total de la semaine (du 7 au 13 mai), 484, dépasse le plus fort total des semaines antérieures, qui était 303. C'est une augmentation des 3/4 du chiffre de la semaine précédente. De même que l'autre semaine, l'augmentation est plus grande encore pour les nouveaux cas. Ils montent à 1,012 ; ils étaient la semaine précédente au nombre de 554 ; différence 458. C'est plus des 0,8 en sus. En analysant les éléments qui composent ces totaux, on remarque les faits qui suivent.

La Salpêtrière, où la décroissance avait subi, la semaine précédente, un temps d'arrêt, a éprouvé cette semaine une véritable recrudescence. Elle a offert 125 nouveaux cas et 73 décès. Le nombre des premiers a plus que quintuplé, les seconds ont plus que triplé d'une semaine à l'autre. Ces chiffres rappellent assez exactement ceux de la première semaine d'invasion dans cet hospice (du 19 au 26 mars), 127 cas et 64 décès, mais la population était plus nombreuse.

Dans les autres hospices, augmentation de moindre importance : 52 cas au lieu de 27, 31 décès au lieu de 26.

Les hôpitaux ont eu un chiffre plus élevé des 2/3 que celui de la semaine précédente, tant en nouveaux cas qu'en décès ; les premiers sont

au nombre de 835 au lieu de 505 ; différence 330 ; les seconds de 380 au lieu de 227 ; différence 153.

L'augmentation a eu lieu dans une proportion différente pour les cas de l'extérieur et de l'intérieur.

Pour la première fois, ceux-ci se sont accrus au delà du chiffre de toutes les autres semaines. Ils ont plus que doublé, il y en a 158 au lieu de 76 la semaine précédente.

Les cas du dehors, au contraire, ont augmenté dans une proportion moindre qu'ils ne l'avaient fait la semaine d'avant. Il y en a seulement un peu plus de moitié en sus du chiffre de la semaine précédente, 677 au lieu de 429.

L'Hôtel-Dieu présente des proportions analogues à celles des chiffres généraux, avec de légères différences. Ainsi les cas de l'extérieur y ont augmenté des 4/5, il y en a eu 228 au lieu de 126. Les cas de l'intérieur sont plus du double de ceux de la semaine précédente, 38 au lieu de 16 ; 112 décès au lieu de 64, même proportion que le total général.

A Beaujon, 97 nouveaux cas au lieu de 40. Sur ce nombre, 72 de l'extérieur, 25 de l'intérieur, au lieu de 28 et de 12. Parmi les cas du dehors ,32 ont été fournis par la banlieue. Le total des décès est de 50 au lieu de 20 que présentait la semaine précédente.

Les chiffres de chaque jour comparés entre eux montrent une augmentation croissante jusqu'au 12 mai, puis le 13 un abaissement subit, beaucoup plus marqué toutefois pour les nouveaux cas que pour les décès. Cette réduction s'est maintenue pendant la semaine suivante, qui offre une diminution presque générale de totaux, comparativement à la semaine dont il vient d'être question.

Du 14 au 20 mai, il y a eu, en effet, 407 décès au lieu de 484, différence 77, et 704 nouveaux cas au lieu de 1,012. différence 308.

A la Salpêtrière, la diminution est encore peu marquée, et elle ne porte que sur les derniers jours. Les décès y ont même été plus nombreux. Il y en a 95 au lieu de 73. Il y a eu 100 nouveaux cas au lieu de 125.

Dans les autres hospices, les décès sont à peu près en même nombre, 33 au lieu de 31, et 43 nouveaux cas au lieu de 52.

C'est surtout dans les hôpitaux que la décroissance est le plus prononcée. Ils présentent 305 décès au lieu de 380, différence 75 ; 561 nouveaux cas au lieu de 835 , diminution 274. Les cas de l'intérieur sont revenus aux chiffres des précédentes semaines; il y en a 94 au lieu de 158. Les cas du dehors se rapprochent beaucoup du total de la première semaine de la reprise ; il y en a eu 467 au lieu de 677, différence 210.

Les derniers jours de la semaine comparés aux premiers indiquent

une tendance vers un abaissement progressif, quoique lent encore et incertain. Les chiffres des décès, qui s'approchaient de 80 à la fin de la semaine précédente, sont descendus : les premiers jours de celle-ci à 70 et au-dessous, puis à 60, et le dernier jour à 49, nombre qui est répété hier 21.

Les nouveaux cas, qui dépassaient d'abord le nombre 100, ne l'ont atteint qu'une fois à la fin de la semaine. Il n'y en a eu que 73 le dernier jour, et hier 80.

La mortalité en ville a augmenté, comme celle des hôpitaux et hospices, jusqu'au 12 mai, où elle a été de 124 décès. Elle s'est maintenue ensuite à une moyenne de plus de 100 décès par jour, et n'a commencé à décroître, comme celle de la Salpêtrière, que les derniers jours de la deuxième semaine où elle est restée au-dessous de 100.

En réunissant les décès de la ville et ceux des hôpitaux et hospices, on voit que leur chiffre le plus élevé, 206, augmenté des décès qui ont eu lieu dans les hôpitaux militaires et dans les prisons, n'est pas très-différent du maximum de la seconde époque de l'épidémie de 1832, qui fut de 226, et après lequel l'épidémie commença aussitôt à décroître.

M. Jolly a la parole pour une lecture sur le même sujet.

M. Jolly : Messieurs, en présence du fléau épidémique qui depuis plusieurs mois répand de si vives alarmes dans le pays, il m'eût été impossibles, je l'avoue, de rester spectateur de ses coups et de ses ravages sans venir invoquer dans cette enceinte toutes les lumières de la science pour le conjurer ; et quelle que soit l'interprétation donnée à ma démarche dans cette grave et solennelle circonstance, j'ai dû espérer qu'à défaut d'accueil plus favorable, elle trouverait du moins une légitime excuse dans le sentiment qui l'a inspirée.

Quoi qu'il en soit, c'est avec le même sentiment, avec le même désir de voir l'Académie répondre enfin à la juste impatience du corps médical, que je viens lui apporter la faible part du tribut commun d'expérience imposé à chacun de ses membres dans la discussion du sujet.

Comme j'ai eu le malheur de ne pas être compris de tous dans une précédente proposition tendant à ce but, je demanderai aujourd'hui à l'Académie la permission de traduire ma pensée dans un langage qui ne puisse plus laisser de doute à personne, en imitant ce philosophe de l'antiquité qui, pour expliquer le mouvement, prit le parti de marcher, et je marcherai droit au but, droit à la *question pathologique du choléra ;* et comme il doit paraître assez logique d'étudier les causes avant les effets, et de ne déduire les règles générales d'une thérapeutique rationnelle que de l'appréciation de ces principaux éléments de la maladie, mon premier pas sera d'entrer dans l'étude générale des causes de l'épidémie, en prenant pour premier sujet de discussion celui qui a été

jeté si souvent dans cette enceinte comme une sorte de défi : je veux parler de la *contagion*.

M. Jolly, après avoir examiné et résolu affirmativement la question préjudicielle de l'opportunité d'une semblable discussion, continue en ces termes :

Un mot d'abord sur le mot *contagion* lui-même ; car, pour apprécier la valeur scientifique des faits, il faut nécessairement s'entendre sur le sens logique des termes qui les expriment.

S'il est un mot malheureux en médecine, c'est sans contredit le mot *contagion*, et le premier qui l'introduisit dans la science ne se doutait probablement pas des mille et incessantes difficultés qu'il léguait aux générations médicales et aux Académies, mot pour ainsi dire magique qui depuis des siècles reparaît sans cesse dans nos discussions comme pour y jeter à plaisir le doute et l'obscurité; sorte de Protée qui prend toutes les formes, toutes les proportions que les circonstances exigent pour se prêter docilement à toutes les nuances et à toutes les diversités d'opinion ; mot, dis-je, qu'il faudrait enfin rayer du vocabulaire de la science comme source de vaines et éternelles controverses.

Et cependant, comme ce mot se retrouve encore partout dans les livres, dans les Académies, dans les écoles, dans le langage vulgaire, et comme il survivra peut-être longtemps encore à toutes les attaques dont il a été si souvent et si justement l'objet, il nous faut bien l'accepter pour tout ce qu'il vaut dans la question.

Considéré dans sa valeur purement étiologique, la seule que nous ayons à apprécier ici, le mot *contagion* nous semble devoir exprimer tout acte de transmission d'un état morbide procédant d'individu actuellement malade à individu sain par suite de rapports quelconques entre ces deux individus.

Ainsi réduite à sa plus simple et à sa plus juste expression, la contagion morbide suppose, comme condition première, nécessaire, indispensable, la préexistence d'un agent ou principe pathogénique actuellement inhérent à l'organisme ; principe sans lequel l'acte de contagion ne peut s'effectuer, pas plus qu'il ne peut exister d'effet sans cause, pas plus qu'il n'est permis de transmettre à autrui ce que l'on ne possède pas soi-même.

Or existe-t-il, à l'égard de l'épidémie actuelle, des faits de nature à attester d'une manière positive cette préexistence d'un principe morbide ou pathogénique émanant directement de l'individu malade, et pouvant se communiquer à un individu sain, à des distances même et à des conditions données ? Nous ne le pensons pas, et nous ne craignons pas de dire, tout en abordant la question, que le *choléra n'est pas contagieux*, pas plus qu'aucune sorte d'intoxication n'est et ne peut être contagieuse. Que s'il faut maintenant justifier cette proposition par l'observation et

l'expérience, la tâche ne sera pas si difficile, car les faits se pressent en masse et de toutes parts pour militer en sa faveur, et je n'en sais aucun, je l'avoue, qui puisse lui être victorieusement opposé.

Un premier fait bien digne de remarque, que l'expérience a constaté partout depuis l'invasion du choléra en Europe, c'est que, dans tous les centres de population où il a éclaté avec le plus de violence, où il a exercé le plus de ravages, nulle part il n'a choisi ses victimes parmi les personnes le plus immédiatement en rapport avec les malades ; nulle part les médecins, les gardes-malades, les personnes appelées par état, par devoir, par affection, à donner des soins directs, incessants, aux malades, par conséquent à les toucher de toutes manières, à respirer leur haleine, à absorber toutes les émanations de leur corps, à se saturer, pour ainsi dire, de tous les produits de leurs excrétions ; nulle part, dis-je, ces personnes n'ont été atteintes de la maladie dans une proportion plus élevée que les autres classes ou autres professions de la société.

Et, chose bien remarquable aussi, qui ne souffre pas plus d'exception nulle part, quand l'épidémie sévit dans une localité, elle n'a nullement besoin de la présence de malades pour se propager et atteindre ses victimes ; elle frappe également les personnes qu'elle trouve séparées et éloignées des malades, celles qui habitent des appartements isolés ou superposés et des maisons voisines. Il suffit qu'elles vivent dans les mêmes conditions sanitaires ou hygiéniques, dans la même sphère d'activité épidémique ; de telle sorte que, non-seulement la présence des malades ne paraît nullement nécessaire à la propagation de la maladie, mais elle semblerait ne rien ajouter à sa puissance étiologique.

Ainsi sur 2,035 personnes que comptait en 1832 le service de santé de tous les hôpitaux et hospices de Paris, 45, dont 2 médecins, ont succombé pendant le cours de l'épidémie, c'est-à-dire 1 décès sur 45, ou 22 11/00 sur 1,000. Proportion moins défavorable que la moyenne générale des décès rapportée à la population entière de Paris, qui est 1 décès sur 42 habitants.

Dans le chiffre de 18,402 décès attribués au choléra de 1832, on a compté 23 médecins sur près de 1,700 composant alors le personnel des médecins et officiers de santé de Paris. Proportion également inférieure à la moyenne des décès ordinaires de Paris.

Dans le quartier Saint-Martin-des-Champs, qui a compté à lui seul 4,936 malades sur une population de 26,169 habitants, 1 seul médecin et 2 gardes-malades ont succombé.

Des proportions non moins favorables ont été signalées dans d'autres contrées où le choléra a sévi avec la même fureur qu'à Paris.

A Calcutta, sur 250 médecins appelés, à soigner les cholériques un seul a succombé.

A Pétersbourg, sur 58 officiers de santé attachés à l'hôpital temporaire, un seul a été victime.

A Moscou, sur 125 personnes chargées du service de santé du grand hôpital de cette ville, 2 succombèrent.

A l'hôpital de la marine de Cronstadt, sur 253 personnes attachées au service des cholériques, 4 furent atteintes.

Et voyez ce qui se passe aujourd'hui sous nos yeux. J'en appelle à l'expérience de tous ; car il n'est aucun de nos confrères qui, depuis trois mois, n'ait été en rapport direct, immédiat, avec un certain nombre de cholériques, et si le résultat de mes recherches est exact, je ne connais pour la ville que deux victimes de l'épidémie sur plus de 4,000 décès qu'il est déjà permis de compter. Et en vérité, n'était le cas si malheureux qui vient de frapper un élève interne de la Salpêtrière, on dirait qu'il y a une grâce d'immunité pour nos zélés confrères des hôpitaux qui vivent pour ainsi dire depuis trois mois au milieu de tous les éléments les plus actifs de cette prétendue contagion, sans en ressentir un effet funeste.

Que faut-il donc pour subir l'effet de cette contagion ? S'il ne suffit pas de vivre dans des rapports intimes avec des milliers de cholériques, de rester avec eux en contact direct de tous les instants et dans toutes les périodes de la maladie, de les explorer dans leur organisation la plus intime avant et après la mort ? Veut-on une autre série d'épreuves ? L'expérience est encore là pour répondre. On a cité dans une précédente séance le cas d'un enfant inopinément frappé du choléra, et que le père et la mère avaient placé entre eux dans le lit pour le réchauffer, le pressant de toute leur tendresse, recevant le contact de toutes ses excrétions morbides, et ne pouvant se séparer de leur enfant qu'après l'avoir vu mourir entre eux, sans qu'ils eussent éprouve aucun dérangement dans leur santé. De pareils faits ne sont pas sans exemple.

J'ai vu moi-même, en 1832, une pauvre mère essayer également de réchauffer par ce moyen son enfant tout glacé par le choléra, le serrer étroitement sur son cœur pendant plus de 15 heures que dura la maladie, pour ne s'en séparer qu'avec la douleur de le voir à l'état de cadavre, et sans avoir souffert le moindre trouble dans sa santé physique.

Aujourd'hui même, un praticien distingué de Paris, M. le docteur Goupil, me racontait qu'une dame venant de perdre son mari n'avait quitté son lit funèbre que pour aller, au milieu de son désespoir, se réfugier dans le lit de sa femme de chambre, pendant que celle-ci était atteinte elle-même du choléra, auquel elle succomba en quelques heures, et ce ne fut qu'après être restée près d'elle dans son lit d'agonie et de mort, tout fangeux, tout dégoûtant d'excrétions cholériques, qu'il fut possible

de l'en arracher, et toutefois jusqu'à présent sa santé générale n'a souffert aucune atteinte.

Que faut-il donc, encore une fois, pour transmettre la maladie par contagion, si tous ces moyens de contact direct et de rapports intimes, reproduits sans cesse, variés de mille manières, ne suffisent pas pour l'opérer ? Je le demande à tous les contagionistes du monde, je le demande pour mon instruction personnelle, je le demande pour l'édification de la science.

Ce qu'il faut, disent autour de moi des esprits sérieux, c'est l'aptitude actuelle de l'organisme à subir l'effet de la contagion, aptitude rare, il est vrai, et qui correspond à la rareté des cas de contagion. Mais quelque rares, quelque exceptionnels qu'ils soient, s'ils sont positivement démontrés, s'ils sont irréfragablement établis, ils doivent suffire pour répondre victorieusement aux mille faits négatifs que vous invoquez contre la loi de contagion.

Nous sommes entièrement d'accord sur ce point avec nos adversaires, et nous n'avons plus qu'à leur demander des faits de la valeur et de la nature de ceux qu'ils déterminent eux-mêmes. Or, jusqu'à ce jour, il ne nous a pas été possible d'en observer un seul autour de nous ; pour en trouver, il nous faut aller les chercher à Chartres, à Nogent-le-Rotrou, à Saint-Denis, où, nous dit-on, la maladie a été apportée par des personnes et des objets contaminés.

Malheureusement ces faits sont, comme on le sait, sous le scellé provisoire, et il ne nous est pas permis de les discuter en ce moment. Mais, en attendant, nous les admettons comme parfaitement exacts, parfaitement observés ; car, pour nous, les yeux de province sont tout aussi clairvoyants et observent tout aussi bien que les yeux de Paris. Mais ce que nous n'admettons pas encore, c'est l'interprétation qu'on leur a donnée, c'est la conclusion que l'on a voulu en tirer ; car, avant de consacrer cette conclusion, il faudra au moins qu'on nous prouve que le milieu où s'accomplissait cette prétendue contagion était exempt et hors de la limité de l'influence épidémique ; il faudra qu'on nous donne la mesure, l'étendue et le degré d'activité de la sphère épidémique ; il faudra qu'on nous dise pourquoi la maladie se transmet par voie de contagion à Saint-Denis, à Nogent-le-Rotrou, à Chartres, quand elle ne peut s'étendre au delà malgré le mouvement continuel des populations voisines, quand des voyageurs et des conducteurs de diligences qui l'emportent de Paris ne peuvent la transmettre ni à Lyon ni à Bordeaux. Jusque-là nous maintiendrons notre proposition comme conclusion, à savoir : que le *choléra n'est pas contagieux*.

Adénite cervicale. — M. H. Larrey lit la suite de son mémoire sur

l'adénite cervicale observée dans les hôpitaux militaires et sur l'extirpation des tumeurs ganglionnaires du cou.

L'auteur résume son mémoire par les propositions suivantes :

L'adénite cervicale est l'une des maladies les plus fréquentes de l'armée, et l'une des mieux connues des chirurgiens militaires.

Elle a été envisagée par la plupart des auteurs anciens et modernes au point de vue trop exclusif des scrofules.

Elle se lie souvent, en effet, à cette condition morbide, mais très-souvent aussi elle s'en isole complétement, et se rattache alors à d'autres causes générales, telles que certaines influences de l'atmosphère, des localités, du régime, des habitudes, et particulièrement des conditions inhérentes à la vie du soldat.

Elle est fréquemment déterminée par des causes locales, soit par diverses lésions des tissus ou des parties en rapport avec les glanglions cervicaux, telles que des affections du cuir chevelu, des oreilles et de plusieurs organes de la face, de la bouche, etc., ou enfin par la compression mécanique du cou.

Elle siége dans les régions parotidienne, sous-maxillaire, mastoïdienne, sous-hyoïdienne, carotidienne et susclaviculaire.

Elle se manifeste à l'état aigu et à l'état chronique, et présente des caractères locaux variables, sans déterminer nécessairement des symptômes généraux.

Elle se prête facilement au diagnostic, sauf quelques cas exceptionnels ou compliqués.

Elle suit une marche parfois rapide, mais plus souvent assez lente, se développe selon différents modes, et dure en général assez longtemps, plus longtemps même que la cause d'où elle provient.

Elle se termine soit par résolution, soit par suppuration et ulcération, ou bien par induration et enfin par dégénérescence.

Elle offre conséquemment des caractères anatomiques très-variables.

Elle constitue, pour le pronostic, une maladie fâcheuse et assez grave à plusieurs égards, et nécessite souvent la réforme du service militaire.

Elle réclame, selon ses causes, ses formes et ses terminaisons, divers moyens de traitement, soit préventifs, soit curatifs, empruntés à l'hygiène, à la médecine et à la chirurgie.

Elle nécessite enfin quelquefois l'extirpation, par suite d'une hypertrophie considérable, d'une induration chronique ou d'un état de dégénérescence ; et l'opération faite dans les conditions indiquées, quoique délicate et difficile parfois, est suivie généralement des plus heureux résultats.

SÉANCE DU 29 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Contagion du choléra. — M. le président : L'Académie a vu que, malgré les efforts du bureau pour que la discussion sur la contagion du choléra ne s'engageât pas, cette discussion s'est engagée. Il n'est plus possible maintenant de l'arrêter. Je demande donc la permission à l'Académie de lui présenter quelques réflexions sur ce sujet. Ma position est délicate ; je ne suis pas médecin, mais en fait de choléra, médecins ou chirurgiens, nous avons tous été obligés de nous en occuper, par conséquent cette distinction disparaît. Dès les premières observations que je pus faire en 1832, je conçus quelques doutes que j'exprimai dans une réunion de chirurgiens. Cependant, en présence des raisons d'utilité publique qui furent invoquées à cette époque, je dus faire abstraction de mon opinion personnelle et je signai le manifeste qui fut publié alors par les médecins et les chirurgiens des hôpitaux réunis. Pourtant mon opinion n'a pas changé ; je soutiens aujourd'hui comme en 1832 que le choléra est contagieux. Les raisons que l'on oppose à cette opinion se réduisent à deux, savoir : on dit que les personnes qui sont habituellement en contact avec les malades, les médecins, les infirmiers qui les soignent, ne contractent pas la maladie. L'autre objection, c'est celle de M. J. Bourdon, consiste à dire que le choléra ne procède pas, dans sa marche, d'une manière régulière. Ces objections ne me paraissent pas avoir une grande valeur, parce qu'il n'y a pas de maladie qui se communique toujours ; les maladies les plus contagieuses, la variole elle-même, la syphilis, la gale, ne se communiquent pas toujours ; j'ai soigné des galeux pendant plusieurs mois sans jamais gagner la gale.

De ce qu'un grand nombre d'individus en contact habituel avec les cholériques n'ont pas contracté le choléra, ce n'est donc pas une raison pour que le choléra ne soit pas contagieux. Voilà pour les faits négatifs que l'on oppose à la contagion. J'arrive maintenant aux faits directs, et ils sont très-nombreux.

J'ai eu dans mon service, en 1832, une infirmière qui venait des salles de cholériques, elle communiqua le choléra dont elle venait d'être prise elle même, à la première malade avec laquelle elle s'était trouvée en rapport ; celle-ci à son tour le communiqua à une autre voisine, cette dernière à une troisième, et ainsi de suite ; on put suivre, en quelque sorte, jour par jour, la propagation de la maladie dans la salle. Cette année-ci j'ai vu se reproduire le même fait. Une femme entre dans le service pour s'y faire opérer d'une hernie étranglée ; elle va très-bien à la suite de l'opération, pendant trois jours ; le quatrième jour, elle est prise de selles continues et de vomissements, il n'y a point de ballonnement du ventre, elle devient bleue et meurt le lendemain. A l'autopsie, nous ne trou-

vons aucune lésion en rapport avec la hernie, mais nous constatons les lésions caractéristiques du choléra. Les jours suivants, deux autres femmes voisines de cette malade sont prises du choléra. Autre fait : un homme vient de Meudon, où il n'y avait point de choléra, pour se faire opérer d'une hydrocèle ; malgré mes conseils, il persiste à vouloir se faire opérer ; le troisième jour il est pris de choléra et meurt. Une femme vient pour se faire opérer d'une cataracte, je l'opère ; le surlendemain elle éprouve les premiers symptômes du choléra et meurt dans la journée.

Je ne dis que ce que j'ai vu ; si, à ces faits j'ajoutais tous ceux qui m'ont été rapportés, j'en grossirais considérablement la liste. Ce sont là, à mes yeux, des faits concluants. Maintenant, comment cela se fait-il ? Je n'en sais rien. Il y a des maladies dans lesquelles on voit le virus contagieux, d'autres où on ne le voit pas ; les unes sont plus contagieuses, les autres le sont moins. Il ne m'appartient pas de chercher à résoudre ces diverses questions. Je tenais seulement à établir ceci, que le choléra est contagieux, comme l'est la fièvre typhoïde, comme le croup, etc. Telle est mon opinion. Je ne demanderais pas mieux qu'on me démontrât qu'elle n'est pas fondée.

M. Bouvier communique les chiffres de la semaine qui vient de s'écouler. Ces chiffres constatent une diminution croissante, plus prononcée encore que dans la semaine précédente. Cependant, ajoute-t-il, la progression décroissante est plus lente que n'a été l'accroissement. Voici ces chiffres :

Pour les hôpitaux. Le nombre des nouveaux cas, du 21 au 28 mai, a été,

De l'extérieur		340
De l'intérieur		69
Total		409
Diminution, pour l'extérieur		127 (plus d'un quart.)
. pour l'intérieur		25 (plus d'un quart.)
Total		152 (plus d'un quart.)
Pour la Salpêtrière :	Cas nouveaux. . .	62
	Diminution . . .	38 (plus d'un tiers.)
Autres hospices :	Cas nouveaux . .	42
	Diminution . . .	1
Total général pour tous les hôpitaux et hospices :		
	Cas nouveaux. . .	513
	Diminution. . . .	191
Décès. Pour les hôpitaux : total de la semaine. . .		218
Diminution sur la semaine précédente . . .		87 (plus d'un quart.)
Salpêtrière : total de la semaine		25
	Diminution	46 (près de la moitié)

Autres hospices : total de la semaine . . . 25
Diminution . . . . 8 (près d'un quart.)
Décès : total général 292
Diminution 141

En ville (du 21 au 24 mai seulement), les chiffres des décès sont ainsi répartis :

21 mai	63	Moyenne : 69,5
22 mai	66	
23 mai	81	
24 mai	68	
Total	278	

La moyenne des quatre jours précédents était de . . . 88
Diminution. 18,0

M. J. Guérin : Il y a deux questions, celle de la contagion et celle du choléra en général. Je désire que l'Académie se prononce sur la question de savoir si elle veut que la commission s'occupe d'abord de la contagion. (Aux voix !)

La proposition de M. Guérin est mise aux voix et adoptée.

SÉANCE DU 5 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Contagion du choléra. — M. Bally communique, de Villeneuve-sur-Yonne, le fait suivant de choléra asiatique observé dans un hameau de l'arrondissement de Joigny.

Le 18 mai, Louis Galleron, âgé de 24 ans, soldat au 21e léger, partit du fort d'Ivry pour se rendre aux eaux thermales de Bourbonne-les-Bains. Le 13, il se détourna de sa route pour visiter ses parents, domiciliés au hameau des Marinières, arrondissement de Joigny. Il arriva, après avoir fait 20 kilomètres à pied, fatigué, en sueur, à une heure du matin, le 14 ; et quelque temps après il se coucha avec son père dans le même lit. A sept heures, Louis Galleron fut attaqué d'un flux diarrhéique aqueux, abondant, suivi bientôt de vomissements, de crampes, de cyanose très-prononcée, de suppression d'urine et d'absence de pouls radial. Il expira le soir, quinze heures après l'invasion.

Le 17, soixante et douze heures après la mort du jeune soldat, le père eut un peu de diarrhée sur le soir. Le 18, à une heure du matin, le cataclysme diarrhéique (hydro-choladréique) survint, et à dix heures de la nuit le nouveau malade avait cessé de vivre. Tout le cortége des symptômes présentés par le fils s'était exactement greffé sur le père. Ce dernier, parfaitement bien portant et livré à son agriculture, n'avait fréquenté aucun lieu suspect et contaminé.

Le 21, à midi, la femme Naudot, âgée de 54 ans, d'une assez pauvre santé, expirait en vingt-deux heures, avec l'appareil des symptômes qu

caractérisent la maladie asiatique. L'invasion s'était annoncée soixante-quatre ou soixante-six heures après le décès du père Galleron, que seule elle avait assisté. C'était donc la veille, à deux heures, que les premiers symptômes s'étaient révélés ; à midi elle avait dîné avec la veuve dans la chambre des deux morts. Deux filles Galleron ont eu la cholérine après le décès du père ; leur mère l'a conservée pendant huit jours. La matière était de couleur jaunâtre.

Feret, cultivateur, de bonne santé qui avait constamment assisté Galleron, son beau-frère, a eu le flux de ventre pendant près d'une semaine, accompagné de tremblement convulsif, et suivi d'une sueur excessive qui jugea la maladie.

Plusieurs autres habitants, qui étaient venus voir et secourir le premier malade, ont subi l'influence, mais sans gravité.

De la rate dans les fièvres intermittentes. — M. Piorry adresse cinq observations prises sur des malades fébricitants de la Sologne, et qui ont été recueillies dans son service par M. Legendre, l'un de ses élèves externes. Tous ces malades, sans exception, présentaient une dimension de la rate qui dépassait le volume normal de 4, 5, 6 centimètres et plus. Ils avaient été traités par M. Lachaise. Sur un seul d'entre eux la rate avait été percutée en Sologne, mais seulement sur le doigt. Quant aux autres, aucune espèce de percussion n'avait été exercée. On avait combattu la fièvre par 25 à 50 centigr. de sulfate de quinine par jour. Les accès avaient été calmés et reculés ; mais à peine les malades étaient-ils retournés à Paris, que la fièvre avait récidivé. Ils étaient entrés à l'hôpital de la Pitié : on avait tout d'abord reconnu une augmentation considérable dans le volume de la rate, et il a fallu des doses énormes de sulfate ou d'alcoolé de quinine, 1 et 2 grammes par jour, pendent plusieurs jours, pour ramener l'organe à son état normal.

Il est même arrivé, ajoute M. Piorry, qu'un de ces fébricitants, traité par M. Lachaise, reçu ensuite à la Pitié, a été frappé du choléra pendant le traitement de la splénopathie. Cet homme a succombé, et l'on a trouvé à la rate une dimension de 11 centim. de haut en bas, c'est-à-dire 3 centim. et demi de plus que dans l'état normal.

Contagion du typhus cérébro-spinal. — M. Leroy-Dupré, chirurgien aide-major au 55e de ligne, à Avesnes (Nord), annonce qu'il a observé récemment, en traitant un enfant de 8 ans atteint de typhus cérébro-spinal, certains phénomènes qui ne sont pas sans analogie avec les faits que vient de publier M. Boudin.

Dans le mois de février dernier, un homme fut pris tout à coup et sans cause connue de maux de tête violents, accompagnés de fièvre et de vomissements, etc. Après un traitement et un régime appropriés, la convalescence de cet homme commençait, lorsque les mêmes phéno-

mènes se montrèrent chez son fils. Celui ci, après avoir eu ses jours en danger, guérit à son tour. Pendant le cours de sa maladie, la domestique de la maison, la sœur du jeune malade, et enfin M. Leroy-Dupré lui-même, qui avait soigné le petit malade, éprouvèrent successivement des accidents cérébraux de même nature. L'auteur pense que ces faits, joints aux faits déjà nombreux signalés par M. Boudin, peuvent contribuer à répandre du jour sur l'origine et le mode de propagation de cette maladie.

M. Giusti (de Tripoli de Syrie) adresse une nouvelle note additionnelle à un mémoire récemment communiqué à l'Académie, et dans lequel il se proposait de démontrer que le choléra est une fièvre intermittente ou plutôt rémittente pernicieuse, à rémissions souvent difficiles à saisir, mais qui n'en réclame pas moins l'emploi du sulfate de quinine.

M. Conté de Lévignac fait connaître les résultats favorables qu'il dit avoir obtenus, dans le traitement du choléra, de l'emploi d'une potion dans laquelle entrent le sulfate de quinine et l'iodure de fer.

Transport des matières solides dans le torrent circulatoire. — M. Follin, aide d'anatomie de la Faculté, adresse la communication suivante :

En examinant avec soin les ganglions axillaires d'individus qui portaient sur les avant-bras des tatouages de couleur rouge, j'ai trouvé que ces ganglions étaient remplis d'une matière particulière, d'une couleur entièrement analogue à celle qu'on rencontrait dans les parties tatouées.

J'ai disséqué aussi les ganglions axillaires d'individus dont les avant-bras étaient recouverts de tatouages bleus, et cette couleur était parfaitement reproduite dans les ganglions.

Tout récemment je vis sur la cuisse d'une vieille femme des plaques de tatouage rouge très-nombreuses et très éclatantes. Presque tous les ganglions de la région crurale étaient farcis d'une matière colorante d'un rouge très-vif. — L'analyse chimique de cette matière, faite par M. Leconte, préparateur au collége de France, a démontré qu'elle était bien formée par du vermillon.

M. Follin se demande si le transport de ces matières colorantes à travers les lymphatiques et leur séjour à travers les tissus ne peuvent pas être comparés à certains modes de transmissions morbides, tels que le principe cancéreux, la matière ou tissu des tumeurs épithéliales des lèvres, etc., et s'il ne serait pas dès lors important de distinguer plusieurs modes de récidives des tumeurs qu'on voit se développer dans l'économie, les unes s'accompagnant d'une véritable infection générale par répullulation du tissu morbide dans les points très-éloignés du siége primitif de la maladie, les autres donnant lieu à une transmission lente des éléments pathologiques par la voie des lymphatiques.

M. Follin termine en faisant observer qu'il faut un certain temps pour que le transport du vermillon s'opère par les lymphatiques, et qu'on ne les rencontre pas dans les ganglions des individus récemment tatoués.

Introduction d'une fourchette en fer dans l'estomac ; expulsion au bout de vingt mois. — M. Velpeau communique, de la part de M. J.-B.-S. Chemin, médecin à Saints, canton de Coulommiers, le fait suivant observé par ce médecin :

Le 15 mai 1847, dit l'auteur, je fus appelé pour donner mes soins à M. Houé, âgé de 32 ans, cultivateur, habitant la commune de Beautheil. En cherchant à retirer un os de veau arrêté à la partie supérieure de l'œsophage, ce jeune homme dit avoir avalé une fourchette en fer étamé (la pareille, que l'auteur joint à son observation, a 25 centim. de longueur sur 3 à 4 de largueur, au niveau du pavillon et des dents). Voici comment la chose s'était passée :

L'os à peine avalé, la déglutition devint très-difficile ; il se manifesta de suite une vive douleur à la partie moyenne du sternum, un sentiment de piqûre et une gêne extrême dans cette région. Respiration anxieuse. M. Houé s'empressa alors de prendre une fourchette, qu'il introduisit vivement dans l'œsophage, avec l'intention de retirer l'os ou de le faire descendre.

Cette opération lui occasionna d'abord des nausées, puis de si grands efforts de vomissements, que, dans son trouble, il lâcha la fourchette, qui, après quelques mouvements de déglutition, tomba immédiatement dans l'estomac.

Cet homme, extrêmement alarmé de sa position, vint à Paris dans l'espoir qu'on pourrait peut-être lui retirer cette fourchette. Il consulta M. Velpeau et un autre médecin, qui le rassurèrent, en lui disant qu'il n'avait rien à craindre des suites de cet accident, et que la fourchette sortirait tôt ou tard d'elle-même par les voies naturelles, sans qu'il fût nécessaire de recourir à aucune opération.

De retour à son pays dans de meilleures dispositions morales, Houé me fait demander. Je le trouve plus rassuré; cependant il éprouve des souffrances intolérables, surtout après avoir pris quelques aliments ou un peu de boisson. Il a de temps à autre envie de vomir ; l'eau lui vient souvent et abondamment à la bouche. La fourchette alors se trouve placée dans le grand cul-de-sac, les dents tournées du côté gauche.

Elle reste quinze jours dans la même position, puis se dirige vers le pylore, où elle séjourne près de quatre mois. Pendant tout ce temps, vomissements noirs plusieurs fois par jour. La bouche est continuellement remplie d'un liquide aqueux; souffrances excessivement vives et incessantes ; épigastre très-sensible ; pouls normal ; langue humide ; ap-

pétit nul ; tiraillements d'estomac ; impossibilité de supporter la moindre nourriture ; digestion penible des liquides.

Enfin ce corps étranger franchit le pylore et parcourt en six semaines l'intestin grêle, pour s'arrêter pendant treize mois dans le flanc droit, au niveau de la valvule iléo-cœcale.

Pendant le trajet de la fourchette dans les petits intestins, les souffrances deviennent vives et intermittentes ; impossibilité de se coucher sur le côté ; la marche et les plus petits mouvements réveillent les douleurs et font éprouver un sentiment de piqûre semblable à celui que produiraient les aiguilles. Le matin, M. Houé, en se palpant le ventre, sent parfaitement la fourchette avec la main ; difficulté très-grande d'aller à la garde-robe.

Après un séjour de cinq mois dans le côté droit, la fourchette commence à se dissoudre. Alors M. Houé éprouve de fortes coliques et rend des matières noires et briquetées ; constipation continuelle ; gargouillement ; abdomen ballonné et très-sensible ; douleurs aiguës dans les hypocondres ; coliques violentes ; dégoûts ; maux de tête ; insomnie ; pouls naturel ; émission de l'urine fréquente et douloureuse ; engorgement du testicule droit. Puis, pendant les autres huit mois, constipation et diarrhée intermittente ; coliques moins violentes ; matières stercorales noirâtres ; ventre sensible ; soif vive. (M. Houé, ne consultant que son goût, boit 5 à 6 litres de vieux vin de Brie par jour, et le matin, à jeun, 30 grammes d'anisette pour combattre les vents.) Appétit très-grand ; besoin de manger incessant (2 à 3 kilogr. d'aliments par jour, encore le malade ne satisfait-il pas complétement son appétit.)

Cependant le malade reprend à peu près ses travaux de labour et recouvre toutes ses forces.

Vers le 10 décembre 1848, Houé éprouve de si violentes coliques, une telle défaillance, qu'il pense en mourir.

Je suis appellé de nouveau. A mon arrivée, je trouve le ventre tendu ; une douleur sourde et profonde se fait ressentir dans la fosse iliaque droite ; constipation opiniâtre depuis quelques semaines. Du reste, langue humide, pouls normal, langue halitueuse.

Après une prise de 60 grammes d'huile de ricin, qui lui fait rendre une grande quantité de matières stercorales, Houé se sent soulagé à l'instant même. A partir de cette époque, il ne souffre plus, ne sent plus rien, se croit enfin débarrassé de la fourchette, et continue à se livrer à ses occupations ordinaires.

Enfin, le 8 février 1849, vingt mois après avoir avalé la fourchette, M. Houé éprouve tout à coup des douleurs lombaires, un certain frémissement dans le bassin, une pesanteur sur le fondement, puis l'envie d'aller à la garde-robe. Efforts d'expulsion ; selles copieuses, composées

de matières fécales et mêlées de sang, dans lesquelles M. Houé trouve un énorme morceau de fourchette. C'est la portion qui se trouve comprise entre le pavillon et la partie sur laquelle sont implantées les dents.

Aujourd'hui cet homme se porte parfaitement et n'éprouve plus aucune gêne.

Le traitement a consisté en tisanes de graine de lin, cataplasmes et lavements émollients, bains de siége et laxatifs (huile de ricin).

Choléra. — M. Bouvier expose les chiffres des cas nouveaux et des décès qui ont eu lieu dans le cours de la semaine dernière. Cette semaine, dit-il, du 28 mai au 3 juin, peut-être divisée en deux périodes : l'une dans laquelle l'épidémie est restée stationnaire, la moyenne étant de 73 comme dans la précédente ; l'autre qui, à dater du 31 mai, est marquée par une augmentation subite considérable, surtout dans les deux derniers jours. L'augmentation de cette seconde moitié de la semaine ramène le chiffre au niveau le plus élevé qu'il ait encore atteint, et qui correspond à la deuxième semaine de mai. Voici le total de la semaine pour les hôpitaux et hospices.

	Cas.	Augmentation.
Hôpitaux de l'extérieur. .	516	176
— de l'intérieur. .	105	26
Total.	621	202

Pour la Salpêtrière, l'augmentation a été de 20.

Le total général des cas nouveaux, pour tous les hôpitaux et hospices, a été de 748 ; augmentation, 235.

Le chiffre total des décès s'est élevé à 397.

L'augmentation a été :

Dans les hôpitaux, de	90
A la Salpêtrière, de.	8
Dans les autres hospices, de	7
Total des décès, 397 ; augmentation.	105

Quant aux décès en ville, ajoute M. Bouvier, je n'ai pu avoir les chiffres exacts ; mais, d'après les données approximatives, il est aisé de juger que l'augmentation a été beaucoup plus sensible encore. Du 24 mai au 1er juin, il n'y a presque pas eu de différence avec la semaine précédente ; mais à dater du 1er juin jusqu'aujourd'hui, il y a eu une augmentation très-considérable.

M. J. Guérin : Je désirerais donner aussi quelques renseignements sur l'état actuel de l'épidémie. Jusqu'à présent on n'a présenté que des chiffres *in globo*, mais on ne nous a rien appris ni sur les localités affectées, ni sur les caractères particuliers que pouvait présenter l'épidémie

dans les diverses localités. J'ai pensé qu'il pourrait y avoir quelque intérêt à examiner la question sous ces différents points de vue. On sait que depuis quelque temps l'épidémie a surtout sévi avec une très-grande intensité sur la banlieue. L'accroissement considérable de mortalité qu'on y a constaté depuis 8 jours, semble avoir été le prélude de l'augmentation qui a lieu en ce moment à Paris. Il y avait utilité, par conséquent, à rechercher s'il n'y avait pas quelques circonstances, quelques causes particulières qui pussent expliquer cet accroissement de la mortalité. Il résulte des renseignements que j'ai pris, que c'est surtout dans le bassin de la Seine que l'épidémie sévit avec le plus d'intensité, et particulièrement dans la presqu'île de Saint-Denis. Je connais plusieurs localités où la maladie est tellement meurtrière qu'on n'a pu sauver encore jusqu'ici un seul malade. J'ai cru voir qu'il existait des circonstances matérielles qui pouvaient jusqu'à un certain point rendre compte de l'intensité excessive que vient de prendre l'épidémie dans cette contrée. Tout le monde sait qu'il existe dans cette partie des environs de Paris un grand nombre d'établissements de blanchisserie. La plupart du temps les eaux qui proviennent de ces blanchisseries ne trouvent point d'écoulement, faute de pente suffisante ; il en résulte des mares stagnantes qui, en tout temps, peuvent constituer pour les habitants une cause d'insalubrité, cause d'insalubrité qui acquiert, surtout par la chaleur excessive qui règne depuis quelques jours, une très-grande intensité, d'autant plus que les émanations qui s'exhalent de ces mares, contiennent en grande quantité des matières cholériques.

Je signalerai encore une autre circonstance qui peut également n'être pas étrangère à ce fâcheux résultat, c'est l'existence, dans ces mêmes localités, d'un grand nombre d'amas de fumiers et de gadoue provenant de Paris. Par suite de l'inobservance des mesures de police sanitaire, on laisse s'accumuler ces amas d'immondices aux portes mêmes des habitations ; de là une fermentation extraordinaire qui transforme chacun de ces points en autant de foyers d'infection. Si vous remarquez maintenant que les exhalaisons provenant des eaux stagnantes des blanchisseries et celles qui résultent de la fermentation des tas de fumier et de gadoue semblent se combiner sur les mêmes lieux, vous aurez une idée de l'infection considérable qui doit en être le résultat. En effet, il se fait tous les soirs, dans cette contrée, une évaporation de vapeurs qui, se condensant pendant la nuit, retombent ensuite le matin sous forme de rosée. J'ai pu constater par moi-même que beaucoup de plantes périssaient sous l'influence de cette rosée ; non-seulement la végétation est altérée par le contact de ces vapeurs miasmatiques, mais les animaux même qui se nourrissent de ces plantes, les lapins, par exemple, en ressentent les funestes effets.

J'ai observé encore que l'eau qu'on retirait des puits, d'une apparence très-saine d'abord, ne tardait pas à se couvrir d'une couche irisée au bout de quelques heures de séjour dans les appartements, et bientôt après à se putréfier.

Il y aurait à rechercher si ces eaux se sont altérées par suite de leur contact avec l'air, ou bien si elles étaient déjà altérées primitivement dans les puits même, par suite de la filtration des eaux stagnantes à la surface du sol. Je crois qu'il serait important de faire en ce moment une étude attentive des eaux de Paris. On ne saurait trop s'attacher, dans des circonstances aussi graves, à rechercher toutes les causes qui peuvent concourir à aggraver l'épidémie. Je saisis cette occasion pour engager l'Académie à appeler sur ces points importants l'attention sérieuse de l'autorité.

M. Bouvier : J'ai cherché à apprécier quelle pourrait être l'influence de la température sur la marche de l'épidémie, j'ai examiné l'état de chaque jour ; voici ce que j'ai remarqué : du 14 au 31 mai, la température a été très-tempérée; c'est précisément dans ce laps de temps qu'a eu lieu la diminution de l'épidémie ; puis la température s'est élevée, et à cette élévation a correspondu un accroissement de l'épidémie ; ces jours-ci où elle a atteint un degré insupportable, l'augmentation de la mortalité est très-considérable.

A l'occasion des faits qui viennent de nous être signalés, je ferai remarquer qu'on a observé, en 1832, des faits tout différents ; les lieux les plus infects des environs de Paris semblent avoir été justement les plus ménagés par l'épidémie.

Je ne prétends pas du tout infirmer par cette citation les renseignements très-intéressants que vient de nous communiquer M. J. Guérin ; je partage même ses opinions sur le rôle qu'il attribue à l'infection. J'ajouterai, à cette occasion, les chiffres comparatifs des cas de Beaujon, venant de la banlieue, que j'ai là justement sous les yeux. Dans la première semaine de mai, on en a reçu 9 ; dans la deuxième, 32 ; dans la troisième, 12 ; dans la quatrième, 13 ; enfin, dans la semaine qui vient de s'écouler, il y en a eu 23. Il résulte de ce rapprochement que le nombre des cas nouveaux reçus à Beaujon dans cette période offre les mêmes proportions, à peu de chose près, que les cas des autres hôpitaux.

M. J. Guérin : Il y a ici une question de fait et une question d'opinion ou d'interprétation. J'ai signalé une mortalité considérable depuis quelques jours dans la banlieue ; j'ai rapproché cette circonstance du fait de causes nombreuses d'insalubrité qui se trouvent réunies en ce moment dans le pays. Or on vient justement de me communiquer à l'instant un document duquel il résulte qu'il y a actuellement une très-grande mortalité au Gros-Caillou et à Clamart, où il existe, comme on le sait, une

très-grande quantité de blanchisseries. Ce fait seul répond, ce me semble, à l'observation qui vient de nous être faite. J'ajouterai que le chiffre des réceptions à l'hôpital Beaujon ne traduit pas d'une manière exacte la marche de l'épidémie dans la banlieue, car la mort survient, dans la plupart des cas, avec une telle rapidité, qu'on n'a pas le temps de transporter les malades à l'hôpital.

M. H. Gaultier de Claubry : M. J. Guérin a confondu deux choses qui sont bien différentes, les gadoues et les fumiers. Les règlements de police, quoi qu'en dise M. J. Guérin, sont très-rigoureusement exécutés relativement à l'enlèvement des matières désignées sous le nom de gadoues et à leur emploi. Pour les fumiers, c'est différent, il est indispensable qu'ils restent sur place. Il y a eu à cet égard deux systèmes d'administration ; l'un consistait à réunir les fumiers en masses considérables sur un petit nombre de points très-distants. On a reconnu l'inconvénient de ce système pour les localités qu'avoisinaient ces vastes dépôts ; aujourd'hui on répartit ces matières par petits monceaux sur un grand nombre de points.

Quant aux eaux provenant des buanderies, l'administration s'en est beaucoup préoccupée ; on a cherché à en favoriser l'écoulement. Autrefois on laissait percer de grands puisarts où venaient se déjeter ces eaux, mais il en résultait qu'un grand nombre de sources voisines étaient altérées à la longue par la filtration des eaux de ces puisarts. On a fait cesser cet état de choses, et il en est résulté une grande amélioration pour la santé publique.

SÉANCE DU 12 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Choléra. — M. F.-J. Cazin, médecin à Boulogne-sur-Mer, fait connaître que depuis l'invasion du choléra à Boulogne-sur-Mer, il a employé avec succès le perchlorure d'or et de sodium contre cette maladie. Ce médicament convenablement employé, c'est-à-dire en temps opportun, à une dose proportionnée à l'état du malade, produit sur le système circulatoire un effet aussi prompt qu'énergique. Dans la cholérine avancée ou période diarrhéique, lorsque le choléra est sur le point de se déclarer, que le pouls est déjà faible, les traits altérés, il fait administrer 1 gramme 25 centigr. d'ipécacuanha. Il maintient et augmente au besoin l'effet de cette médication par des frictions d'or et de sodium sur la langue, à la dose d'un centigr. de quart d'heure en quart d'heure ou de demi-heure en demi-heure, suivant l'état de la circulation. (Toutes ces pièces sont renvoyées à la commission du choléra.)

M. le docteur Leukias, d'Athènes, écrit qu'il considère le choléra comme une véritable peste d'Orient dont on peut se préserver par les moyens prophylactiques de la peste elle-même.

Choléra. — M. Devilliers donne la formule d'une médication qui lui a constamment réussi pour arrêter la diarrhée prodromique.

Prenez : Diascordium. . . . . 8 grammes.
Sous-nitrate de bismuth. . 4 —
Faites 36 pilules.

On en prend une toutes les demi-heures ou toutes les heures, si la diarrhée n'est pas très-abondante. A la dixième pilule, la diarrhée est presque toujours suspendue.

M. Collineau : Je n'ai pas retiré de l'emploi de ce moyen tous les avantages qu'on vient de lui attribuer. Ces pilules peuvent être utiles dans les diarrhées légères, mais elles sont insuffisantes contre les diarrhées intenses.

M. Guibourt : Je m'étonne qu'on recoure à d'autres médications, quand on a un excellent moyen contre la diarrhée, le laudanum de Sydenham.

M. Devilliers : Le laudanum est loin d'être sans inconvénient ; je l'ai vu produire la cyanose.

Tocologie.— M. Capuron lit, en son nom et au nom de MM. P. Dubois et Moreau, un rapport sur un mémoire relatif à une question de tocologie, par M. J.-Félix Miquel (d'Amboise). L'auteur pose en principe que le vagin, chez les femmes déjà mères, peut acquérir assez d'extension pour admettre le tronc entier de l'enfant, lorsque l'épaule et les bras ont été chassés de l'utérus. Il prétend aussi que la version ou extraction de l'enfant par les pieds, toujours possible, suivant la très-grande majorité des praticiens, tant que le bras seul a franchi l'orifice utérin, devient impossible lorsque le tronc est logé dans le vagin, à moins que l'utérus ne vienne à s'enflammer.

REVUE ANALYTIQUE

DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

Journaux allemands, anglais, italiens, etc.

20. *Sur les causes et le traitement de la surdité chez les vieillards*, par le docteur J. Toynbee.

(Monthly journal.)

C'est une opinion généralement répandue parmi les médecins que la surdité qui se montre chez les vieillards est le résultat de l'affaiblissement graduel et naturel de la puissance auditive, et

par conséquent une affection au-dessus des ressources de l'art. Évidemment cette croyance repose sur cette opinion que tous les organes perdent de leur puissance à mesure que la vie approche de son terme, et que l'ouïe ne peut pas manquer à cette espèce de loi. Pour en comprendre cependant tout l'arbitraire, il suffit de regarder autour de soi et de voir qu'un grand nombre de personnes conservent dans un âge très-avancé une ouïe extrêmement fine. M. Toynbee est allé plus loin; il a voulu s'assurer directement des causes qui pouvaient ainsi apporter du trouble à l'accomplissement de cette importante fonction, et de l'examen anatomo-pathologique auquel il s'est livré, il est arrivé à cette conclusion, que la surdité, chez les vieillards, reconnaît pour cause non pas une atrophie des parties constituantes de l'appareil auditif ni un affaiblissement de la puissance nerveuse, mais bien 1° un état d'épaississement de la membrane muqueuse tympanique, 2° l'épaississement de la membrane du tympan, et 3° la présence de bandes et d'adhérences réunissant les diverses parties renfermées dans la cavité tympanique, et celles-ci sous les parois de la caisse. L'examen de l'oreille, pratiqué pendant la vie chez des vieillards atteints de surdité, vient encore à l'appui de ces recherches pathologiques. En effet, la membrane du tympan n'offre rien autre chose de particulier qu'un aspect un peu plus blanc qu'à l'ordinaire; l'air pénètre avec facilité dans l'oreille moyenne et sans faire entendre aucun bruit particulier; enfin l'ouïe est plus mauvaise dans les temps froids et humides. Quant aux causes qui déterminent ces maladies de l'oreille chez les vieillards, M. Toynbee les attribue aux habitudes fâcheuses que contractent les vieillards, principalement à leur séjour continuel dans des chambres chaudes et bien fermées, à leur défaut d'exercice en plein air, à leurs écarts de régime, et à la suspension prolongée des fonctions perspiratoires de la peau.

Nous pourrions nous contenter de cette analyse du travail de M. Toynbee pour donner une idée de l'importance de la question qu'il a soulevée; mais nous croyons devoir mettre sous les yeux de nos lecteurs, avec quelques détails, un court exposé des dissections entreprises par cet habile anatomiste. La première est celle de l'appareil auditif d'une dame de 87 ans qui, depuis deux ans seulement, avait éprouvé un affaiblissement de l'ouïe qui avait nécessité l'emploi d'un cornet acoustique. La couche fibreuse de la membrane du tympan était blanche et un peu épaissie, cette membrane plus concave et plus tendue qu'à l'ordinaire; la muqueuse de la cavité tympanique était saine, mais il y avait des adhérences qui soudaient entre eux les osselets et ceux-ci aux

parois de la caisse ; ces adhérences formaient deux groupes distincts, l'un placé entre l'enclume, la paroi interne du tympan et l'étrier, l'autre réunissant la tête du marteau et le corps de l'enclume avec la paroi externe du tympan. Le premier groupe se subdivisait en deux portions, l'une mesurant une demi-ligne de haut en bas et trois quarts de ligne de dehors en dedans, réunissant la partie antérieure de la longue branche de l'enclume à cette partie de la paroi externe du tympan qui est postérieure à la fenêtre ovale, jointe par de petites fibres à la surface supérieure de l'étrier, ainsi qu'à une petite membrane qui s'étendait entre les deux branches de ce dernier os ; l'autre s'étendant de la partie postérieure de la longue branche de l'enclume à la paroi interne du tympan, en arrière de la précédente. Le second groupe d'adhérences s'étendait de la tête du marteau et du corps de l'enclume, directement en dehors, jusqu'aux parois osseuses du tympan supérieur, et en arrière jusque sur l'insertion de la membrane du tympan. Dans un second cas, chez un homme de 87 ans, mort d'accident, et sourd, depuis longues années, de l'oreille gauche, la membrane muqueuse du tympan était épaissie, et la cavité tympanique contenait une grande quantité d'un mucus blanchâtre, dense et ténu, que l'on retrouvait aussi dans les cellules mastoïdiennes. Daus un troisième cas, de nombreuses adhérences soudaient les membranes du tympan à la paroi interne de la caisse, en entourant les osselets, qu'elles cachaient entièrement. Dans un quatrième cas, chez un homme de 73 ans, sourd depuis longues années, la membrane muqueuse tympanique était tellement épaissie qu'elle cachait l'étrier et formait une espèce de bourrelet autour des osselets. Chez un homme de 94 ans, la membrane du tympan était détruite d'un côté, mais non complétement ; une portion de cette membrane adhérait au promontoire ; plus de trace du marteau, mais l'enclume restait attachée à l'étrier, qui était presque caché sous la muqueuse épaissie ; épaississement de la membrane des cellules mastoïdiennes ; maladie et ramollissement du plancher de la caisse tympanique ; du côté opposé, il y avait carie du plancher supérieur du tympan, percé de trous qui mettaient en contact la dure-mère et la muqueuse tympanique ; la membrane du labyrinthe était atrophiée, et la base de l'étrier faisait saillie dans la cavité vestibulaire. Dans plusieurs cas, entre autres chez une femme de 79 ans, morte d'une gangrène sénile, et chez une femme de 65 ans, l'étrier avait contracté avec la fosse ovale des adhérences qui allaient, dans le premier cas, jusqu'à l'ankylose complète.

Il ne suffisait pas d'avoir fait connaître les causes de la surdité de la vieillesse, il fallait montrer que cette surdité est attaquable par les moyens thérapeutiques ; c'est ce qu'a fait M. Toynbee, et non-seulement il a obtenu dans certains cas un grand soulagement, mais même des guérisons complètes : ainsi parmi celles-ci nous avons remarqué le cas d'un homme de 80 ans, chez lequel la puissance auditive allait graduellement s'affaiblissant depuis trois ans, surtout du côté droit, car du côté gauche la surdité n'avait commencé que depuis six mois; le malade ne pouvait entendre qu'avec le cornet acoustique ; la membrane du tympan était intacte, mais blanchâtre et opaline ; l'air pénétrait dans la caisse avec un petit bruit de gargouillement. Le malade fut mis à l'usage des mercuriaux à dose altérante : trois semaines après, il y avait amélioration, et en deux mois la guérison était complète. A ces moyens, M. Toynbee a ajouté parfois des applications topiques sur l'orifice externe du méat avec une solution de nitrate d'argent (2 à 8 grammes de sel pour 30 grammes d'eau distillée). Dans d'autres cas, ces applications ont été faites avec cette solution dans toute l'étendue du méat, et jusque sur la membrane du tympan (mais dans ce dernier cas la solution était moins forte de 30 centigrammes pour 30 grammes). Dans les cas où on soupçonnait une congestion indiquée par des bruits particuliers, des sangsues étaient appliquées au-dessous des oreilles; enfin des applications irritantes étaient faites tout autour de l'oreille. M. Toynbee aide l'action de tous ces moyens par un régime régulier, tel que la promenade au grand air, l'éloignement du feu, l'abstention du vin autrement que coupé d'eau, etc.

---

21. *Expériences sur la nature du choléra et d'autres épidémies*; par le docteur JAMES MURRAY.

(The Lancet.)

L'intention de l'auteur est d'établir que le choléra et beaucoup d'autres affections épidémiques sont le résultat d'un défaut d'équilibre entre les deux électricités du corps humain, provoqué par certaines circonstances extérieures. Les considérations et les observations de détail qu'il invoque à l'appui de sa thèse sont extrêmement nombreuses, et, de plus, exposées dans une forme presque aphoristique ; de sorte qu'il nous serait impossible, sans y consacrer un très-long espace, de reproduire toutes les données accumulées dans ce travail. Nous allons en extraire seulement ce qui nous paraîtra nécessaire à l'intelligence de la théorie.

Suivant M. Murray, les eaux stagnantes, les marécages, sont

de véritables *auges galvaniques*, et c'est par des effets galvaniques et non par le développement de miasmes, qu'ils donnent naissance à des fièvres intermittentes. Il s'est assuré, notamment, du fait du dégagement d'électricité dans un étang alimenté par une rivière bourbeuse qui reçoit les eaux de plusieurs manufactures de coton et d'autres établissements publics, et contenant une grande quantité de débris végétaux et animaux. Pour comble d'insalubrité, les bords de cet étang, contenant beaucoup d'argile, sont continuellement remués par des ouvriers de manufactures de briques, et il en résulte un énorme dégagement de gaz fétides. Bien que ces exhalaisons soient constantes et soient, pendant neuf mois de l'année, poussées par un vent de sud-ouest jusque dans les maisons voisines, les maladies épidémiques n'ont lieu que par intervalle. L'auteur en conclut que ces émanations ne sont pas, par elles-mêmes, la cause directe et immédiate des maladies, mais qu'elles en peuvent être l'occasion, en raison du travail électrique qui accompagne leur formation, et sous l'influence de certaines conditions particulières. Il faut, dans la localité en question, pour que l'épidémie se développe, qu'il règne un vent d'est et que l'électricite négative prédomine. M. Murray a encore remarqué que certains phénomènes atmosphériques exerçaient une influence remarquable sur le développement et le caractère des épidémies. Pendant quelques semaines, pendant que de nombreux éclairs illuminaient chaque soir l'horizon, c'était la diarrhée qui régnait. Puis la santé revint dans le district. Mais des météores apparurent dans l'air, et aussitôt se déclara une épidémie de *maladies* catarrhales. Un peu plus tard, une affection épidémique appelée par l'auteur *excitation fébrile*, de nature inflammatoire (*feverish excitation of an inflammatory nature*) envahit la population en même temps que l'air se chargea d'électricité positive.

Voici maintenant de quelle manière l'auteur explique l'influence électrique des miasmes marécageux sur la production des maladies, et en même temps la périodicité de cette influence ; car on sait, en effet, que l'action délétère des marais s'exerce plus particulièrement à de certaines heures : « Dans les lieux où j'ai observé, dit il, les émanations et le travail chimico-électrique qui les accompagne chargent l'atmosphère d'électricité positive ; cette électricité en excès passe à travers le corps naturellement conducteur des individus et va se répandre dans le sol, attirant l'électricité négative et repoussant la positive ; puis, quand le fluide électrique de l'air vient à diminuer *avant le lever et avant le coucher* du soleil, le sol échauffé transmet au

dehors son excès d'électricité, et il en résulte une décomposition du fluide neutre du corps, le fluide positif étant attiré vers une extrémité ou toute autre partie (suivant la position de l'individu), et le fluide négatif étant repoussé vers le partie opposée. Ces alternatives d'attraction et de répulsion amènent des oscillations funestes dans l'organisme, dans le cerveau, la moelle, et plus particulièrement le système du grand sympathique. »

Comme nous l'avons dit plus haut, la théorie qu'on vient de voir ne s'applique pas seulement aux fièvres paludéennes, mais à beaucoup d'autres maladies épidémiques ou endémiques, et en particulier au choléra. Nous avons vainement cherché dans le cours du Mémoire des expériences spécialement propre à cette dernière maladie, et même à la plupart de celles qui ne rentrent pas dans la catégorie des fièvres d'accès. Cela n'empêche pas l'auteur d'englober dans la même explication les affections les plus diverses, et même de dresser une sorte d'échelle assez singulière où les maladies sont rangées d'après le degré des perturbations électriques qui les engendrent et les caractérisent. Cette échelle est une application de la formule par laquelle M. Murray exprime sa théorie. « Les gradations épidémiques sont en proportion des dérangements électriques.... » La figure représente deux tubes verticaux et parallèles, dont l'un porte les indications relatives aux maladies où prédomine l'électricité positive, et l'autre est affecté aux maladies où prédomine l'électricite négative. Le zéro de l'échelle est représenté sur les deux tubes par le degré de perturbation produit par un coup de foudre mortel. Chaque tube est divisé en 130 degrés; le zéro occupe le bas de l'échelle. Sur le tube A, l'auteur a noté successivement de bas en haut, en les séparant par des intervalles de 10 degrés, les maladies où l'électricité positive prédomine, en commençant par celle où il s'en développe le plus. Les affections rangées dans cet ordre sont le tétanos, la rage, la manie, les convulsions, la catalepsie et la chorée, les phlegmasies séreuses, les phlegmasies muqueuses, l'ophthalmie aiguë, la bronchite aiguë, les fièvres inflammatoires, le rhumatisme aigu. Conséquemment, pour l'auteur, l'électricité positive est de dix cent trentièmes plus forte dans la rage que dans le tétanos, dans la manie que dans la rage, dans les convulsions que dans la manie, et ainsi de suite. Sur le tube B sont classées les maladies à électricité négative prédominante. La première au-dessus de *zéro*, celle où l'électricité négative est le plus prédominante, est celle que les Anglais appellent *mort noire* (black death); puis viennent le vomissement noir, la fièvre jaune, la peste, la

suette, le *choléra indien*, le *typhus fever*, les fièvres intermittentes, la dyssenterie, la diarrhée, le catarrhe et *l'influenza*.

— Nous nous bornons au rôle d'historien. Il y aurait trop à dire si l'on voulait montrer de combien de conditions manque cette théorie pour être l'expression exacte des faits et indiquer toutes les objections, soit médicales, soit purement physiques, dont elle est susceptible. Mais il nous a semblé que, dans un moment où l'on cherchait de divers côtés l'explication d'une grave épidémie dans des influences électriques, il était à propos de signaler une tentative beaucoup plus hardie que toutes celles dont la science a été témoin jusqu'ici. Il y a là d'ailleurs une source de recherches dont il n'est donné à personne de prévoir le résultat, et encore moins de nier lutilité.

---

22. *De l'emploi de l'iodure d'arsenic à l'intérieur dans le traitement de la teigne.*

(Dublin Journal.)

L'iodure d'arsenic n'a guère été employé jusqu'à présent qu'à l'extérieur, contre quelques cas de dartre rongeante. M. Néligan paraît s'en être servi avec succès à l'intérieur dans le traitement de la teigne.

Il l'administre à la dose d'un dixième à un quart de grain chez les adultes, un quinzième de grain chez les enfants de 6 ans, et un vingtième de grain chez les enfants plus jeunes. Chez les adultes, il l'administre sous forme de pilules, selon la formule suivante :

℞	Iodure d'arsenic	10 centigr.
	Manne sèche.	âà q. s.
	Mucilage.	

F. s. a. 20 pilules ; à prendre 3 par jour.

Chez l'enfant, il préfère le donner en poudre, et voici la formule :

℞	Iodure d'arsenic.	5 centigr.
	Hydrargyrum cum cretâ.	âà 1 gr. 50 c.
	Sucre en poudre ou poudre aromatique. .	

F. s. a. 15 paquets, dont on donne à l'enfant 3 par jour.

On continue l'administration de ce moyen jusqu'à guérison complète. Quelquefois M. Néligan l'a donné à haute dose pendant plusieurs semaines sans aucun accident ; mais, dans nombre de cas, on voit survenir de la céphalalgie, de la sécheresse à la gorge, etc., etc., indices que l'économie est saturée d'arsenic. On fait disparaître ces symptômes en suspendant le médicament, et, au besoin, en donnant quelques purgatifs.

Il est bien entendu que le traitement externe ne dispense pas

des moyens locaux. Après la section des cheveux et l'application des cataplasmes pour faire tomber les croûtes, M. Néligan emploie des lotions avec une forte solution de carbonate de potasse, des onctions avec une pommade de carbonate de potasse, et, deux ou trois jours après, des onctions avec une pommade à l'iodure de plomb. Il ajoute enfin le bonnet de soie huilé qui entretient la tête dans une atmosphère humide. Au bout d'un mois, on suspend les moyens locaux et on laisse repousser les cheveux pour juger si la maladie est guérie, sauf, si elle récidive, à reprendre le traitement comme auparavant.

23. *De l'utilité des alcalis dans le traitement du rhumatisme;* par le docteur FURNIVALL.

(The Lancet.)

Le journal *The Lancet* a souvent publié des recherches sur l'emploi des alcalis dans le rhumatisme. On trouverait à cet égard plus d'une indication dans nos revues des journaux étrangers. Le docteur Furnivall vient à son tour donner, sous forme de simples aphorismes, le résumé de ses propres observations. Voici à peu près textuellement ce résumé :

1° Aucune complication du côté du cœur n'est survenue toutes les fois que les alcalis (liqueur de potasse, carbonate de potasse et de soude) ont été employés contre le rhumatisme.

2° Beaucoup de cas de fièvre rhumatismale ont été enregistrés qui ont été traités par des praticiens éminents, mais sans emploi des alcalis, et qui se sont compliqués d'affections du cœur mortelles.

3° Le mercure et le colchique, séparés ou associés, et portés l'un et l'autre jusqu'aux dernières limites de leur emploi rationnel, ne garantissent pas des complications cardiaques, si l'on n'y joint les alcalis.

On regrette que l'auteur n'ait cru devoir fournir aucune indication sur la dose à laquelle il a employé les alcalis. Ce qu'il dit des effets merveilleux de ces substances, on l'a dit du nitre (dont il ne parle pas), on l'a dit du colchique et de beaucoup d'autres médicaments. Ce qu'on sait actuellement des effets du nitre, dans les cas de rhumatisme aigu, autorise à penser que si la liqueur de potasse et de bicarbonate de potasse possèdent une efficacité marquée contre la même maladie, ce doit être à une dose élevée. Il eût été bon de lever le doute à cet égard.

24. *De l'emploi du vinaigre dans le traitement des ulcères ;* par M. Barber.

(The Lancet.)

Outre son peu de cherté qui en rend l'emploi précieux pour les malades de la classe où les ulcères chroniques sont justement le plus fréquents, ce topique a encore l'avantage d'entretenir la propreté et de prévenir toute mauvaise odeur. Enfin, sous l'influence de ce pansement régulièrement continué, on voit la suppuration diminuer peu à peu et les bourgeons charnus prendre un bon aspect. Ces heureux changements sont tels, que l'auteur a souvent vu de pauvres gens venir le remercier pour avoir reçu de lui l'indication du topique.

Le mode d'application est des plus simples. Il suffit de baigner chaque matin le membre où siége l'ulcère dans de l'eau chaude ou froide, afin de bien nettoyer celui-ci. On le lave ensuite avec du vinaigre commun ; et enfin l'on y applique un morceau de linge imbibé de ce liquide. Le tout est maintenu par un bandage roulé.

— Ne fût-il qu'un palliatif commode, ce pansement n'en méritait pas moins, ce nous semble, d'être porté à la connaissance de nos lecteurs; car, à part les effets avantageux qu'il peut exercer, il rendra un service indirect non moins précieux dans la classe indigente en remplaçant les pommades ou onguents irritants qu'elle n'est que trop portée à adopter pour la cure des ulcères atoniques.

---

25. *Sur l'administration du chloroforme;* par MM. Mascherpa et Strambio.

(Gazzetta medica Lombarda.)

Nous ne profiterons de l'occasion que ces deux articles nous offrent que pour faire brièvement connaître l'opinion de leurs auteurs sur l'opportunité du chloroforme, dont la discussion, si animée un moment parmi nous, cède maintenant le pas à des intérêts plus pressants, mais reviendra sans doute tôt ou tard parce qu'elle n'a été que jugée et non résolue.

Sous le titre d'*Expériences faites avec le chloroforme*, M. Mascherpa rapporte seulement douze opérations que la chloroformisation lui a permis de pratiquer sans douleur et sans aucun accident immédiat ou consécutif. Il n'insiste que très-peu sur la justification de cet agent envisagé d'un point de vue général. Il dit seulement qu'en examinant attentivement les cas de mort attribuée au chloroforme on s'assurera aisément que le revers a

été réellement dû à une inhalation trop prolongée ou à l'oubli des règles de prudence relatives à la quantité et à la pureté du fluide mis en usage. Enfin il fait l'honneur d'une répétition à ce vieil argument qui consiste à avancer que les mêmes accidents étaient arrivés avec l'éther, il faudrait donc conclure aussi à l'abandon de cet anesthésique !

La réponse de M. Strambio porte un caractère bien décidé et tout à fait digne du médecin qui, le premier en Italie, formula une accusation directe et précise contre le chloroforme. « Je suis seul de mon avis, dit-il en commençant, mais je n'en parlerai pas moins pour satisfaire un cri de ma conscience, car je sens bien qu'une seule chose m'empêche, dans ce débat, d'avoir raison : c'est d'avoir trop raison. »

Quant aux faits de réussite allégués par son antagoniste, il fait justement observer qu'ils n'ont d'autre signification que de montrer que le chloroforme a pu être douze fois administré sans accident.

« L'éther, continue-t-il, était entré peu à peu dans la pratique chirurgicale. On avait pu, après de nombreux essais, déterminer la manière la plus sûre de l'employer, ses effets, le moyen d'en prévenir les inconvénients, lorsque tout d'un coup, au milieu de cette sécurité, les journaux anglais et français vinrent crier : A bas l'éther ! Nouvel agent anesthésique incomparable ! etc., etc. C'était le chloroforme qui faisait son entrée en scène sous un costume de charlatan. Et la foule de se porter soudain vers le nouveau venu. Ce fut hozanna d'éloges de ses miraculeux, délectables, prompts et durables effets ! On l'appela l'anesthésique par excellence. Mais à ce concert s'unit bientôt un son lugubre, râle de ceux que la mort gagnait à ce jeu périlleux.

« Les faits malheureux se multiplièrent en peu de temps, de manière à provoquer les plus sévères réflexions. Compromettre la vie pour tenter d'épargner une souffrance momentanée ; se soumettre au lieu d'une seule opération à deux, dont la première inutile, pleine d'angoisses et parfois plus dangereuse que la seconde, me sembla, dit l'auteur, un calcul radicalement faux ; car le but qu'on se propose, de soustraire le patient à la douleur, est sans doute important en lui-même, mais il est futile quand il s'élève en conflit avec les intentions suprêmes de notre art salutaire, c'est-à-dire quand il tend à diminuer la probabilité de recouvrer la santé et de conserver la vie, et qu'il augmente au contraire la probabilité opposée.

« Les inconvénients de l'éther ne doivent pas être mis en parallèle avec les dangers qui résultent du chloroforme. Moins

graves, moins subits, ils peuvent être prévenus ; et c'est justement à cause de cette dissemblance que M. Strambio termine en *demandant à l'autorité la proscription temporaire du second, et aux médecin l'usage plus modéré du premier.*

« En somme, il n'y a dans la chloroformisation aucun signe évident, constant, certain, qui indique la limite respective entre l'anesthésie complète et la mort. Il n'y a pas davantage d'antidote qui mette l'opérateur en mesure d'empêcher le passage de l'anesthésie temporaire à l'assoupissement éternel. »

— La question du chloroforme a été trop longuement agitée dans la *Gazette Médicale* pour que nous ayons maintenant besoin de spécifier en quoi notre manière de voir diffère de celle de M. Strambio. Nous lui laissons la responsabilité de ses paroles ; mais il nous a cependant paru utile de les reproduire, parce que, malgré l'exagération de certains passages, elles renouvellent d'une façon plus forte qu'on n'est accoutumé à l'entendre en France la protestation que la raison et le bon sens persistent à faire en tout temps et en tout lieu contre les abus de l'anesthésie artificielle.

---

26. *Opération césarienne, avec guérison de la mère et conservation de l'enfant*; par M. Custodi.

(Gazzetta medica Lombarda.)

Remarquable par la promptitude du succès, cette observation ne l'est pas moins, dans le journal dont nous l'extrayons, par la simplicité et le laconisme du récit. L'auteur cependant n'est pas demeuré dans une expectation passive, ainsi que nous le verrons tout à l'heure ; son inaction après l'opération a été l'effet d'une détermination raisonnée, et s'il a guéri, c'est parce qu'il a su à la fois agir et s'abstenir.

Obs. — Une femme de 35 ans, toujours menstruée régulièrement, avait souffert de nombreuses attaques d'arthralgies, surtout dans les membres inférieurs, l'épine et le bassin, qui avaient rendu sa démarche difficile. Mariée depuis deux ans, elle eut une première couche très-laborieuse qu'on ne put terminer que par l'extraction de l'enfant qui était mort.

Pendant la dernière grossesse, elle eut encore ses douleurs arthralgiques, à la suite desquelles son corps devint plus courbé, au point qu'elle ne pouvait se redresser qu'avec effort.

Dans la nuit du 20 juin, le travail se déclara à terme, les eaux s'écoulèrent ; mais l'accoucheuse ayant reconnu la présen-

tation du bras gauche, ainsi qu'un vice de conformation du bassin, fit appeler M. Custodi.

Celui-ci, en examinant la femme, constata d'abord une déviation de l'épine à gauche, spécialement au niveau des dernières lombaires, divergence des membres inférieurs, obliquité de l'utérus à droite. A l'intérieur, le diamètre transverse ou bisciatique était de 2 pouces et quelques lignes, l'oblique de moins de 3 pouces, les autres normaux. Le col de l'utérus très-dilaté permettait de reconnaître une présentation de l'épaule gauche dans la position céphalo-iliaque gauche. Du reste l'utérus était inerte, le fœtus vivant.

L'opération ayant été décidée dans une consultation avec MM. Lualdi et Bianschi, on commença par transporter la malade à l'hôpital. Puis, tout étant disposé, M. Custodi incisa successivement sur la ligne médiane les couches tégumentaires, puis le péritoine et enfin le tissu utérin. Le placenta paraissant alors, on le détacha, et l'on finit par enlever le fœtus vivant et en bonne santé, qui fut confié à la sage-femme.

L'opération avait été faite seize heures après le commencement du travail. On rapprocha par la suture les lèvres de la plaie.

A la visite du soir, il y avait un commencement de météorisme. (Glace sur le ventre, boissons glacées et mucilagineuses, petits clystères émollients et diète rigoureuse.)

Le matin, le météorisme a augmenté ; pouls petit, prostration générale grave, écoulement abondant de sang par la vulve. Continuation des premiers remèdes.

Ce même état persista quatre jours, durant lesquels on continua toujours l'usage de la glace.

Le quatrième jour, M. Custodi trouva les choses fort améliorées, le météorisme bien diminué. Il était survenu une légère fièvre, et des mamelles gonflées suintaient quelques gouttes de lait. La plaie réunie dans sa partie supérieure laissait couler par en bas une grande quantité d'humeur blanchâtre, inodore, dont il sortait aussi par la vulve, mêlée de quelques stries sanguines.

La guérison fit alors des progrès de plus en plus marqués, de sorte que le neuvième jour la plaie était presque entièrement fermée. L'écoulement continuait par le vagin. On employa les mêmes remèdes, à part l'application externe de la glace, L'huile de ricin fut donnée à doses réfractées pour tarir la sécrétion laiteuse, la malade ne nourrissant pas.

Le onzième jour, après des sueurs copieuses, parut un mi-

liaire qui se dissipa heureusement au bout d'un septénaire. La malade avait tous les jours de copieuses selles fétides et noirâtres, et des urines très-abondantes avec un épais sédiment blanchâtre. Enfin la santé allait en se raffermissant, lorsque le vingt et unième jour il arriva un écoulement de sang par la vulve qui dura trois jours. Depuis lors cette femme jouit d'une excellente santé, sans incommodités, et élève son enfants très-bien portant aussi.

On s'étonnera peut-être, dit l'auteur, que malgré l'entéro-métro-péritonite qui éclata après l'opération, je n'aie pas eu recours aux évacuations sanguines générales et locales. Mais l'écoulement de sang par la vulve qui durait depuis plusieurs jours et avait réduit la malade à une prostration grave, les sueurs copieuses qui ajoutaient encore à sa faiblesse, l'abondante sécrétion urinaire, et avec tout cela la nécessité absolue de maintenir une diète rigoureuse, m'ont toujours dissuadé des moyens antiphlogistiques plus énergiques, et m'ont engagé à me borner à l'usage tant interne qu'externe de la glace, conduite que le succès a pleinement justifiée.

---

27. *Observation d'ulcération cancéreuse de la peau du front qui s'est étendue jusqu'à la masse cérébrale;* par le docteur Shaw.

(Dublin medical Press.)

A une des dernières réunions de la Société pathologique de Londres, M. Shaw a présenté des pièces anatomiques relatives à une ulcération cancéreuse qui, de la peau du front, s'était étendue jusqu'au lobe antérieur gauche du cerveau. La peau était ulcérée dans presque toute l'étendue du front; mais du côté gauche, immédiatement au-dessus du sinus frontal, on apercevait une cavité profonde de trois quarts de pouce et assez large pour pouvoir loger l'extrémité réunie de trois doigts. La malade chez laquelle cette altération a été observée était entrée à l'hôpital de Middlesex pour cette maladie, qui durait depuis quatre mois. Elle avait été longtemps sujette à des accès d'épilepsie, et pendant un certain temps elle avait même été folle. L'ulcération, lors de son entrée à l'hôpital, avait atteint la boîte osseuse et fini par entamer celle-ci dans une étendue circulaire grande comme une *couronne* (cette ouverture était située deux tiers à droite et un tiers à gauche). Le travail de destruction avait fait granduellement des progrès jusqu'à ce que l'ulcération eût pénétré dans la masse cérébrale à une profondeur de 1 pouce, en fermant une cavité limitée par la faux du cerveau. La surface profonde de l'ulcère avait le même aspect que celle de la peau. La malade vivait encore trois mois après la pénétration de l'ul-

cération dans la masse cérébrale ; elle succomba à une gangrène du poumon. A l'exception d'une ou deux attaques d'épilepsie, elle n'avait présenté aucun symptôme d'affection cérébrale. L'autopsie montra que le cerveau était parfaitement sain, excepté dans les points où l'ulcération avait pénétré. La base de l'ulcération, du côté du cerveau, était formée par une couche ferme et résistante, épaisse d'un sixième de pouce, et tapissée par la membrane de l'ulcère. En dehors de cette couche, la substance cérébrale était un peu ramollie, sans autre chose de particulier. C'est sans doute à la présence de cette couche épaisse et résistante qu'il faut attribuer la non-formation d'une hernie cérébrale, malgré la perforation de la voûte crânienne.

---

28. *Instrument pour la trachéotomie ;* par M. Marshall Hall.

(The Lancet.)

Chaque nouvel exemple de trachéotomie qui me passe sous les yeux, dit M. Marshall Hall, me prouve de plus en plus que cette opération a plus de chances de réussir quand on emporte un segment circulaire de la trachée et des téguments que lorsqu'on fait usage d'une canule. En effet, celle-ci irrite la trachée par son contact, et détermine de la toux et de l'irritation, ce qui complique les suites, surtout si l'incision a été faite pour une maladie convulsive.

Le moyen de remplir le but proposé est bien simple; il y a même diverses manières de le réaliser. On peut d'abord introduire dans la trachée une plaque en liége sur laquelle on fait agir un tube emporte-pièce, qui enlève une partie de l'étendue de son diamètre. On se servirait aussi avec avantage d'un ténaculum, avec lequel on fixerait et l'on soulèverait successivement chacune des lèvres de la plaie pour y tailler, à l'aide d'un petit bistouri, un lambeau demi-circulaire dont on ferait l'ablation.

La perte de substance étant ainsi opérée, il ne serait plus nécessaire de maintenir une canule à demeure dans la plaie.

Un autre point de vue de la question mérite une mention spéciale. M. Marshall Hall établit en principe qu'aucune convulsion *générale* ne peut avoir lieu si la glotte n'est pas fermée. Comme conséquence, il propose, pour prévenir les affections spasmodiques, d'ouvrir la trachée et d'y laisser une ouverture béante, établie par le procédé ci-dessus. On sauverait ainsi les facultés ou la vie des épileptiques. La perte de substance faite aux voies aériennes se cicatriserait comme la perforation du lobule de l'oreille, et on la tiendrait ouverte ou fermée selon que l'occasion l'exigerait. L'auteur propose ce moyen comme pré-

servatif dans le cas d'attaques d'épilepsie répétées et violentes. On placerait sur cet orifice artificiel un opercule protecteur, servant à laisser entrer et sortir l'air, et capable aussi d'en intercepter le passage pour l'articulation des sons.

---

29. *De la cystotomie et du cathétérisme ;* par M. Ciniselli.

(Annali universali di medicina.)

Lorsqu'on se sert d'une sonde ordinaire pour explorer la vessie dans le but de savoir si elle contient un calcul, la construction de l'instrument rend souvent ces recherches illusoires. En effet, la courbure en est trop ouverte et le bec trop long pour qu'on puisse facilement lui imprimer ces mouvements de rotation qui portent l'extrémité de la sonde sur les côtés et dans le bas-fond du viscère, et y décèlent la présence d'une pierre, même de petit volume. De pareilles manœuvres ne deviennent praticables qu'avec un cathéter à petite courbure et à bec peu allongé, tel que celui dont deux de nos urologistes modernes ont contribué par leurs discussions à perfectionner le mécanisme et à répandre l'usage.

C'est dans les mêmes vues que M. Ciniselli vient proposer un instrument de ce genre. Outre la propriété incontestable qu'il lui reconnaît de mieux découvrir les pierres, même petites, cachées dans les côtés ou vers le bas-fond, il fait remarquer qu'en creusant d'une cannelure la face inférieure de ce cathéter, on pourrait s'en servir comme de conducteur pour exécuter tel ou tel procédé de cystotomie, de manière que le même moyen qui aurait décidé si l'opération est nécessaire serait ensuite employé pour en faciliter immédiatement les premiers temps.

Cette économie de temps est, à nos yeux, le seul avantage réel que présente l'application de cet instrument à la taille. Et nous n'avons pu, malgré les développements dans lesquels l'auteur entre à cet égard, saisir en quoi l'emploi d'un cathéter de cette forme serait de nature à rendre l'introduction et la manœuvre du bistouri, puis du lithotome, plus aisées et plus sûres que le cathéter ordinairement affecté à cette destination.

La courbure que M. Ciniselli donne à son cathéter ne diffère que peu de celle des instruments consacrés en France au même usage. La partie vésicale est presque à angle droit sur la partie urétrale ; il spécifie enfin que la courbe qui les unit doit appartenir à un cercle de 4 à 5 lignes de rayon.

Mais avec une courbure ainsi déterminée, la longueur du bec ou de la portion vésicale ne saurait être chose indifférente. Ayant examiné le jeu de l'instrument sur le canal d'un cadavre, dont

un des côtés du bassin avait été enlevé pour permettre d'en mieux suivre la marche, il a remarqué qu'avec un bec trop court on est exposé à aller percer la paroi supérieure de l'urèthre, au moment où l'on abaisse le pavillon pour pénétrer dans la vessie.

Pour éviter cet inconvénient, il faut donner chez l'adulte, à cette portion vésicale de l'instrument, une longueur de 13 à 15 lignes; 8 à 10 ou 12 lig. seront une dimension convenable pour les sujets depuis deux ans jusqu'à la puberté. Des expériences réitérées sur le vivant et sur le cadavre ont montré à l'auteur qu'un instrument ainsi construit entre sans difficulté et remplit toutes les indications auxquelles il a pour objet de satisfaire.

— La seule différence importante de cet instrument avec ceux en usage chez nous est la longueur plus grande que présente sa portion vésicale ou bec. Sans contredit cet excès de longueur en rend l'introduction moins difficile, puisque le bec n'est plus alors obligé de cheminer *par travers* dans la portion prostatique dont il contond les parois; mais cette amélioration ne s'obtient qu'en diminuant les avantages en vue desquels cette forme de sonde est adoptée, puisque le mouvement de rotation du bec dans la cavité vésicale est ainsi rendu moins facile et moins complet. Sans rejeter absolument le modèle que propose M. Ciniselli, il y aurait donc lieu, selon nous, à ne le faire figurer dans l'arsenal du chirurgien qu'à côté de la sonde à brusque courbure usitée parmi nous, et ne lui donner la préférence que chez les sujets chargés d'embonpoint. Dans ce cas même, on ne devrait jamais s'en servir qu'après avoir infructueusement essayé de faire pénétrer l'autre, qui est d'un bien plus grand secours pour le diagnostic, et sans avoir tenté le mouvement combiné d'impulsion et d'abaissement par lequel on réussit en général à le conduire jusque dans la vessie.

---

30. *Abrasion de la cornée, pour remédier à l'opacité de cette membrane;* par M. Marcacci.

(Gazzetta Toscana delle Scienze medico-fisiche.)

Ce n'est point, tant s'en faut malheureusement, comme succès complet, pas même comme ayant produit une amélioration bien notable que nous avons à enregistrer cette nouvelle tentative du chirurgien italien. Son côté remarquable est plutôt l'indication d'un procédé particulier destiné à simplifier l'opération. En voici la description, telle du moins que l'auteur l'a conçue, expérimentée sur le cadavre et pratiquée une fois sur le vivant.

Au lieu de circonscrire la partie opaque, à enlever, par une incision circulaire, on fait au-dessus, puis au-dessous d'elle deux

incisions semi-elliptiques. Alors, avec la pointe du bistouri tenu à plat en sixième position, on cherche à soulever un petit lambeau de l'angle externe de l'ellipse renfermée entre les deux incisions. On le saisit avec de petites pinces, et on tâche de compléter ainsi l'ablation d'une couche de la cornée dans toute l'étendue de l'ellipse.

Au lieu d'un bistouri, il est beaucoup plus commode d'employer un petit couteau à double tranchant. Cette forme abrége l'opération, car elle épargne au chirurgien la peine de faire tourner l'instrument entre ses doigts, selon qu'il veut en diriger le tranchant dans tel ou tel sens.

Voici maintenant dans quelles circonstances et avec quel résultat l'auteur a été appelé à appliquer son procédé.

Un homme de 47 ans, de constitution robuste, de tempérament lymphatique, était aveugle depuis quarante ans, par suite d'opacité des deux cornées, produit d'une ophthalmie scrofuleuse qui avait duré dix-huit mois. L'œil gauche atrophié, aplati, tout à fait perdu pour la vision, ne pouvait prêter à aucune opération. L'œil droit avait, au contraire, conservé son volume et sa forme, et lui servait à distinguer le jour de la nuit. Des fongosités charnues formées d'un amas de vaisseaux variqueux couvraient la cornée au moins dans ses deux tiers. Avant de procéder à l'abrasion, on fit disparaître ces carnosités par l'usage des collyres astringents, de la pommade de Janin, et en coupant les vaisseaux tout autour de la cornée.

Cette complication détruite, M. Marcacci exécuta l'opération le 11 novembre 1846. Mais il reconnut bien vite, ainsi du reste qu'il l'avait prévu, qu'elle n'était pas aussi aisée à mener à bonne fin sur le vivant et dans l'état de maladie que sur le cadavre d'un homme sain. L'espace de la cornée, de 3 ou 4 lignes de largeur, que les incisions demi elliptiques comprenaient, fut très-long à disséquer à cause de l'excessive mollesse des lames superficielles sur lesquelles il fallait opérer. On dut aussi suspendre plusieurs fois la manœuvre pour absterger le sang. Enfin, à force de patience, on parvint à détacher une aréole représentant la grandeur de deux lentilles réunies.

L'opération étant terminée, on recouvrit l'œil de compresses imbibées d'eau froide. A l'exception d'un peu de cuisson locale et de céphalalgie, il n'y eut aucun accident.

Au bout de trois jours, on découvrit l'œil, et le patient dit qu'il voyait comme si on lui eût ouvert une large fenêtre. On remarquait sur la cornée un espace elliptique où manquaient les lamelles externes. Quelques vaisseaux se rendaient de la scléro-

tique à cet espace et finissaient tronqués au niveau de son bord. Un collyre astringent dissipa en deux ou trois jours cette légère injection.

Le malade put alors exercer sa vue et distinguer, à une très-vive lumière, si les passants étaient un homme ou quelque animal. Le fond de l'espace creux paraissait opaque ce qui explique le peu d'avantage obtenu de l'opération.

Cependant comme le patient en avait été promptement remis, M. Marcacci crut devoir tenter un second essai le 26 du même mois. Il espérait trouver transparentes les lames profondes de la cornée. Mais celles qu'il eut à enlever étaient d'une friabilité telle que cette opération fut beaucoup plus difficile que la première. Elle ne fut cependant pas plus douloureuse. Mais en somme, le patient n'en retira aucun nouvel avantage.

L'état de la vue a été sans contredit amélioré par la double opération. Ainsi, auparavant, le sujet ne pouvait que dire, et avec beaucoup de peine, si les fenêtres de sa chambre étaient ouvertes ou fermées. Maintenant il distingue le blanc du noir ; il sait préciser si c'est une voiture qui passe devant lui ou toute autre machine. Il y a donc un progrès léger, mais incontestable.

Il serait rationnel, ajoute l'auteur, de répéter une troisième fois l'opération ; mais je n'en ai pas eu le courage, dans la crainte de perforer la chambre antérieure et de vider le globe oculaire.

---

31. *Cas remarquable de maladie oculaire produite par une décharge électrique* ; par M. Culter.

(The Lancet.)

Obs. — M. L., âgé de 51 ans, lieutenant dans la garde belge, robuste et de tempérament sanguin-nerveux, consulta l'auteur pour une lésion de la vision, qui le rendait impropre à son service. Ayant toujours joui d'une excellente vue, il s'était trouvé surpris, six semaines auparavant, par un violent orage mêlé de coups de tonnerre. Soudain il tomba comme violemment frappé à la tête, après avoir vu une lueur extrêmement vive, suivie instantanément d'un éclat de tonnerre. De suite la vue fut abolie, et quand il rentra chez lui, sa tête était tellement tuméfiée qu'il en fut très-alarmé et envoya chercher un chirurgien. Le gonflement occupait également toute la région crânienne. Il eut des saignées, des sangsues, des ventouses scarifiées à la nuque. Sous l'influence de ce traitement, aidé d'autres moyens antiphlogistiques, le gonflement disparut par degrés au bout de quinze jours.

Cependant, l'amblyopie persistant, le malade reçut le conseil

d'aller aux eaux de Spa, et ce fut avant de prendre ce parti qu'il vint se faire examiner par M. Cutler. Les pupilles étaient très-dilatées, paresseuses à se contracter même sous l'impression d'une forte lumière, mais sans aucun changement dans les humeurs transparentes.

En le questionnant soigneusement, on reconnut qu'il était devenu nyctalopique. Les objets, avant le coucher du soleil, lui paraissaient enveloppés d'un épais brouillard, tandis que, depuis ce moment jusqu'au matin, il les apercevait de nouveau très-distinctement. Soupçonnant une faible opacité centrale du système lenticulaire, M. Cutler l'examina à l'aide d'une loupe à diaphragme, puis le soumit à l'épreuve bien connue de Purkinje. On ne put rien découvrir; tous les tissus et milieux de l'œil furent trouvés transparents, et il ne resta par conséquent aucun doute que ce ne fût là un vrai cas de nyctalopie.

Une autre particularité attira alors l'attention de l'auteur ; le malade était en même temps anérythroptique. Voici l'appréciation qu'il faisait lui-même du changement survenu dans sa manière de percevoir les couleurs. Le rouge clair lui paraît jaune pâle ; le rouge foncé, jaune foncé ; l'orange, jaune; le cramoisi, couleur de toile écrue; le vert, blanc grisâtre ou chocolat ; le brun de Van Dyck, jaune bourbeux ; le carmin, gris-jaune. Cependant il distinguait facilement toutes les variétés de bleu. M. L. dit en outre que parfois, mais rarement, tous les objets blancs lui semblaient plus ou moins jaunes. « J'ai oublié, ajoute l'auteur, d'observer que le vert que je lui présentai sur un fond blanc, et qu'il prit pour du blanc grisâtre, était cependant entouré d'un cercle de vert. »

Seebeck ayant examiné avec soin seize individus anérythroptiques, les divise en deux séries : ceux auxquels le bleu, l'indigo, le violet et le vert apparaissent altérés, et ceux pour lesquels cette illusion se borne aux rayons les plus réfractifs, rouge et orange. On voit que le malade ci-dessus appartenait à la fois aux deux classes de Seebeck, quoique se rapprochant davantage de la seconde.

MÉLANGES.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

32. *Compte rendu des séances pendant le mois d'avril* 1849 ; par M. Follin, secrétaire.

(Gazette médicale de Paris, N° 22, 1849.)

I. — *Anatomie.*

M. Robin présente un travail duquel il résulte que la mamelle suit dans le développement de ses éléments anatomiques pendant et hors l'état de grossesse des phases analogues à celles que suivent les fibres musculaires de l'utérus. Celles-ci sont étroites, minces, atrophiées, à peine reconnaissables pendant l'état de vacuité de l'utérus, larges, rubanées et faciles à reconnaître pendant la grossesse. De même il est impossible de voir des culs-de-sacs glandulaires de la mamelle pendant l'intervalle des grossesses. Ils sont atrophiés et on ne peut en constater l'existence par aucun moyen. A cette époque, le tissu mammaire est dense, homogène, résistant, élastique, blanchâtre. Dès que survient vers le huitième mois le gonflement de la mamelle, son tissu devient moins dense, et quand la sécrétion lactée a commencé, on voit çà et là de petits points jaunes à peine du volume d'une tête d'épingle, qui se dessinent sur le reste du tissu qui est plus blanc. Enlevés et placés sous le microscope, on reconnaît que ce sont des *acini*, et ils présentent les culs-de-sacs caractéristiques des glandes en grappes. Seulement, pendant que la sécrétion est active, on ne voit pas d'épithélium tapisssant ces culs-de-sacs, qui sont remplis de globules de lait. Si la mamelle est hypertrophiée pathologiquement de manière à former une *tumeur hypertrophique*, ou seulement si un kyste ou toute autre cause a déterminé une congestion locale, les parties dans lesquelles la circulation est activée présentent les culs-de-sacs tapissés d'épithélium. Les *acini* ne se dessinent pas dans le tissu comme à l'état normal, et au delà des parties où a lieu le travail organique morbide, on ne voit plus de culs-de-sacs. On n'a, sous le microscope, que des faisceaux de tissu cellulaire très-serrés, mais ni l'emploi de l'acide acétique, ni celui des autres réactifs, ne font voir les culs-de-sacs, qu'on aperçoit ailleurs et pendant la période de sécrétion, très-facilement, sans réactifs, et qu'on étudie plus facilement encore avec leur aide.

II. — *Anatomie pathologique.*

Amputation congéniale. — L'histoire des amputations congéniales est encore trop obscure pour qu'on passe sous silence un

fait curieux qui y est relatif. Un homme privé de son membre inférieur gauche jusqu'à la région moyenne de la jambe succomba dans les salles de M. Rayer à une attaque de choléra. Il assurait être né de la sorte, et portait aux autres membres quelques difformités qui consistaient en un pied-bot varus, en palmatures digitales, en soudures et en raccourcissement de phalanges. Ces difformités créaient chez cet individu un ensemble de lésions complexes et intéressantes à étudier. Un examen attentif de ce fait, dont les détails feront le sujet d'un travail plus développé, a permis à M. Follin de constater que la disposition des nerfs et des artères dans le moignon était celle que l'anatomie démontre normalement en ce point du membre.

Induration du pancréas; compression du canal cholédoque par la tête de cet organe. — M. Duménil, interne provisoire des hôpitaux, met sous les yeux des memdres de la Société un pancréas atteint d'induration, et dont la tête comprimait le canal cholédoque de manière à l'oblitérer presque complétement.

L'individu chez lequel on observe cette altération était un vieillard âgé de 70 ans, ancien militaire, entré à la Charité, salle Saint-Michel, le 8 avril. Cet homme, d'une maigreur extrême, avait un ictère des plus prononcés ; son intelligence, très-affaiblie, ne permettait pas d'obtenir de lui quelques réponses ; les renseignements manquèrent complétement sur les antécédents de sa maladie ; on apprit seulement que son ictère datait de deux mois. Cet homme mourut du choléra, dix ou douze jours après son entrée, et l'autopsie révéla les particularités suivantes :

Tous les tissus étaient fortement colorés en jaune ; la membrane interne des artères présentait à un haut degré cette coloration qu'on retrouvait jusque dans le mucus bronchique. Le foie, de volume moyen, était d'un vert-olive foncé, et sur ses bords, principalement à l'extrémité du lobe gauche, on remarquait quelques divisions des canaux biliaires dilatés de manière à atteindre les dimensions d'une plume de corbeau. Le canal hépatique égalait au moins le volume du petit doigt, et la vésicule, énormément distendue, était aussi grosse que le poing d'un adulte. Le canal cholédoque, resserré à son entrée dans les parois du duodénum, ne laissait passer qu'un stylet très-fin, et permettait encore l'écoulement d'une légère quantité de bile, surtout quand on comprimait la vésiculé ou les conduits biliaires. Le doigt porté sur ce point rétréci sentait en arrière une tumeur très-dure qui n'était autre chose que la tête du pancréas.

Cet organe, quoique petit, restait cependant, quant aux di-

mensions, dans les limites de l'état normal. Sa forme prismatique était bien conservée; sa couleur, comme celle de tous les organes, était d'un jaune intense; mais ce qu'il présentait de plus remarquable était d'une dureté considérable et égale partout. Une incision du canal pancréatique laissa écouler une assez grande quantité de liquide. Ce canal avait ses dimensions normales ainsi que toutes ses branches, et il s'ouvrait librement dans le duodénum. En examinant attentivement une coupe du pancréas, on voyait que ses lobules étaient bien distincts; mais le tissu cellulaire qui les sépare n'étant plus apparent, on ne pouvait les isoler les uns des autres dans la profondeur de l'organe.

Il existait évidemment, chez cet homme, une induration simple du pancréas, altération dont on trouve des exemples dans les auteurs, et dont M. Mondière rapporte aussi une observation dans son mémoire sur les maladies du pancréas. On l'a considérée comme le commencement de la dégénérescence squirrheuse; mais M. Mondière fait remarquer que rarement l'état squirrheux existe en même temps; et que plus rarement encore il occupe à la fois tout l'organe, tandis que l'induration s'observe dans toutes les granulations dont la réunion constitue le pancréas.

Spermatozoaires dans la liqueur séminale d'un vieillard. — M. Rayer met sous les yeux de la Société, de la part de M. Duplay, médecin de l'hospice des Incurables, une préparation microscopique qui permet de constater de nombreux spermatozoaires dans la liqueur séminale d'un homme âgé de 82 ans.

Tumeur hypertrophique de la mamelle. — M. Morel-Lavallé, chirurgien du bureau central, présente à la Société une tumeur mammaire enlevée par lui sur une femme de 19 ans. Cette tumeur, développée depuis trois mois environ, était surtout remarquable par une dureté et un volume plus considérables au moment des règles.

A la suite de cette présentation, une discussion s'élève entre plusieurs membres de la Société sur la texture intime de ces tumeurs déjà décrites par Astley Cooper et M. Velpeau.

MM. Lebert, Robin et Follin établissent par l'examen aidé du microscope, que, cette tumeur appartient véritablement à la classe des tumeurs hypertrophiques de la mamelle, et non à celle des cancers. Quelques préparations microscopiques montrent des lobules glandulaires très-distincts.

M. Giraldès a pu, à l'aide de la macération, isoler les lobules glandulaires d'une tumeur hypertrophique de la mamelle, et

depuis longtemps déjà il a constaté que ces sortes de tumeurs sont le plus souvent mutiples.

M. Verneuil a observé deux cas de tumeur hypertrophique de la mamelle. Il assure que, dans ces cas, la pression en faisait sortir un suc particulier que M. Lebert trouve bien différent du suc cancéreux, en ce sens qu'il est gluant et incolore.

Ankylose complète de l'articulation coxo-fémorale. — M. Blot présente un exemple remarquable d'*ankylose complète* de l'articulation coxo-fémorale droite.

La soudure existe dans toute l'étendue des surfaces articulaires. Le bourrelet fibreux qui entoure la cavité cotyloïde est entièrement transformé en tissu osseux dans lequel on reconnaît encore la direction des fibres du tissu fibreux qui a préexisté.

Une coupe pratiquée sur le milieu du fémur, dans le sens de sa longueur, et prolongée sur l'os coxal, permet de constater de la manière la plus nette une continuité parfaite entre le tissu compacte du fémur et celui de l'os coxal ; on observe la même continuité dans le tissu spongieux de ces deux os. On ne retrouve plus la moindre trace des surfaces articulaires; le tissu compacte qui les limitait a complétement disparu. Si, par deux incisions pratiquées, l'une au-dessus, l'autre au-dessous du point où le fémur et l'os iliaque sont soudés, on limitait une certaine portion de tissu osseux, il serait impossible, sur la coupe de dire si ce morceau d'os est formé de deux os réunis ; on croirait n'avoir sous les yeux qu'un seul et même os.

M. Blot regrette de ne pouvoir donner des détails sur l'état du sujet qui portait cette pièce anatomique curieuse ; mais il l'a recueillie sur un cadavre servant aux exercices de médecine opératoire, à l'amphithéâtre des hôpitaux. Tout ce qu'il peut dire, c'est que ce cadavre était celui d'une femme qui semblait âgée de 35 à 40 ans.

Môle hydatique. — M. Follin montre à la Société une masse constituée par des vésicules réunies les unes aux autres et qui était sortie de l'utérus d'une femme enceinte de trois mois et demi. L'expulsion de cette môle a été précédée de quelques coliques tout à fait comparables à celles que la femme éprouve avant l'accouchement ; elle a eu lieu à plusieurs reprises et a toujours été accompagnée d'écoulement sanguin. La diminution du globe utérin n'a pas suivi immédiatement cette sortie de la masse vésiculeuse et l'utérus s'élève à peu près au niveau de l'ombilic. Cette élévation exagérée de l'utérus, si l'on réfléchit à l'époque de la grossesse, peut s'expliquer par l'accumulation de ces productions vésiculaires. Un examen attentif de toutes ces

petites poches a montré à M. Follin qu'elles étaient liées entre elles par de très-minces filaments faciles à rompre. Le volume de ces vésicules variait entre le volume d'un grain de sable et celui d'une petite noix. Elles contenaient à leur intérieur un liquide transparent dont la chaleur laissait précipiter une petite quantité de matière albumineuse. Leurs parois étaient formées par un tissu cellulo-fibreux très-dense. La femme qui rendit ces masses vésiculeuses a continué à en rendre pendant deux jours encore ; puis cette expulsion a cessé ; l'état fébrile qui existait a disparu, et l'utérus revenu à des dimensions moindres s'élevait à peine au-dessus du détroit supérieur.

Croup chez un adulte. — M. Gustave Dufour aide préparateur au Val-de-Grâce, met sous les yeux de la Société la trachée et le larynx d'un individu qui a succombé à un croup intense.

Ce malade entra à l'hôpital le 17 avril 1849. Il se plaignait d'un mal de gorge. L'inspection de l'isthme du gosier montra en effet des amygdales ulcérées, le voile du palais et la luette couverts d'un enduit d'un aspect grisâtre, d'aspect pseudomembraneux ; pendant quatre jours il n'offrit aucun symptôme alarmant; des cautérisations au nitrate d'argent ne modifièrent pas l'aspect des parties ; la luette et les amygdales étaient profondément altérées. Le malade fut évacué dans le service des blessés ; il succomba dans un accès de suffocation, avant que le chirurgien pût l'examiner, le 26 avril à six heures du matin.

L'autopsie fut faite le 28 avril, vingt-quatre heures après la mort.

L'isthme du gosier est obstrué d'un enduit noirâtre qui recouvre surtout les piliers et la luette ; celle-ci est réduite à un très-petit tubercule d'un brun rougeâtre ; le pilier droit antérieur étant enlevé, l'amygdale paraît profondément altérée ; à son côté interne, elle offre une cavité ulcéreuse remplie d'un détritus grisâtre ; tout le reste du tissu de l'amygdale forme des noyaux indurés qui offrent à la coupe des plaques marbrées. La matière putrilagineuse infiltre la portion voisine de la paroi latérale droite du pharynx dans une longueur d'un pouce.

L'amygdale gauche offre à peu près les mêmes lésions ; la paroi pharyngienne correspondante est saine.

L'épiglotte est déformée, très-épaissie, d'une couleur rouge vineuse. La muqueuse de la face antérieure de l'épiglotte est ramollie et soulevée aisément par le râclement. La face postérieure est creusée en rigole.

Les replis aryténo-épiglottiques sont notablement épaissis ; celui du côté droit est converti en une masse grisâtre, dure,

présentant à la coupe l'aspect d'une véritable production plastique.

Au-dessous de la base de l'épiglotte, le scalpel promené doucement, enlève de véritables pseudomembranes molles, tomenteuses. Au-desssus de cette couche pseudomembraneuse, la muqueuse laryngienne paraît rouge par injection pointillée; la muqueuse n'est pas épaissie, et l'injection siége surtout dans le tissu cellulaire sous-muqueux.

Les ventricules du larynx sont obstrués de petites fausses membranes.

La pseudomembrane se continue sur la surface interne de la trachée et des bronches; elle y forme de véritables étuis que l'on isole facilement de la muqueuse; l'orifice de l'une des grosses bronches droites est obturé par un amas de fausses membranes. On a pu suivre celles-ci jusque dans les bronches capillaires.

Les poumons sont légèrement engoués et aucun autre organe n'est malade.

Autopsie d'un enfant qui a rendu une poche hydatique mère par une fistule située au niveau du foie. — M. Le Bret a présenté à la Société les pièces anatomiques d'un enfant qui a déjà fait le sujet d'une note dans le précédent compte rendu, comme offrant l'exemple d'une poche hydatique du foie entièrement attirée au dehors, contenu et contenant, à travers une fistule artificielle. La santé générale se soutenait parfaitement depuis lors; du pus fétide sortait par l'orifice extérieur de la petite plaie, mais sans que le malade manifestât la moindre souffrance, et tout pouvait porter à croire qu'un travail réparateur s'effectuait à l'intérieur de la poche. Une injection destinée à en nettoyer les parties et à exciter l'inflammation a amené la rupture du kyste sur un point peut-être aminci préalablement; et une péritonite aiguë, survenant immédiatement, s'est terminée en quarante-huit heures par la mort de l'enfant.

A l'autopsie, les anses intestinales étaient reliées ensemble par de fausses membranes baignées de pus; d'ailleurs on ne pouvait plus retrouver de trace de liquide épanché, le foie avait subi une augmentation remarquable de volume, surtout dans sa portion gauche. A la coupe, le tissu n'était que décoloré, sans autre altération, et surtout sans apparence d'autre kyste hydatique; à droite, on rencontrait une cavité parfaitement en rapport avec la fistule pratiquée, et limitée en haut et en avant par la portion droite du diaphragme dans laquelle elle faisait saillie en dehors par la paroi abdominale, y compris les cartilages et les huitième,

neuvième et dixième côtes, en bas et en dedans par le parenchyme même du foie, au milieu duquel le kyste semblait s'être en partie creusé. La capacité de cette poche était environ égale au volume des deux poings du sujet, enfant de 9 ans ; un liquide purulent et surtout coloré de matière bilieuse s'en est écoulé abondamment ; une membrane facile à détacher le tapissait, et au-dessous d'elle on voyait nettement un réseau vasculaire sur toute la surface interne. Inférieurement et en avant, presque au-dessous de la fistule, a eu lieu la rupture, là où l'on aperçoit une solution de continuité, à bords mousses, de 2 à 3 centimètres de diamètre, là aussi où la paroi est fort mince et facile à déchirer. La vésicule bilieuse était remplie d'un liquide tout à fait jaune, grumeleux, où l'on semblait voir suspendus de petits graviers ; l'état des autres organes était absolument sain.

III. — *Botanique.*

Stachys anatolica. — M. Gubler présente à la Société la plante anticholérique préconisée depuis quelques jours à Paris, sous le nom de *stachys anatolica* ou *aromatica*, et dont il doit quelques fragments à l'obligeance de M. Quevenne, pharmacien de la Charité.

Suivant M. Gubler, cette plante n'appartient pas au genre *stachys*, mais bien au genre *teucrium*, dont elle a tout à fait le port. Sa taille ne dépasse pas 20 à 25 centimètres ; ses tiges cylindriques, sous-frutescentes, rameuses, un peu couchées à la base, sont blanches et laineuses aussi bien que les rameaux et les feuilles qui sont d'ailleurs opposés. Les feuilles d'un blanc de neige sur leur face inférieure, sont sessiles, lancéolées ou linéaires, obtuses au sommet et crénelées dans la moitié ou les trois quarts antérieurs de leurs bords qui sont roulés en dessous.

Or ces caractères conviennent parfaitement au *teucrium polium*, et particulièrement à une de ses variétés dont on fait une espèce à part sous le nom de *teucrium capitatum*.

Cependant les caractères génériques qui se tirent des organes reproducteurs font ici défaut, puisque la plante anticholérique n'est pas en fleurs. M. Gubler croit qu'on peut s'en passer ; il met en regard des échantillons de cette plante des individus complets du *teucrium polium* provenant de la province de Constantine, et les membres de la Société peuvent ainsi s'assurer de leur parfaite identité. Dans les unes comme dans les autres, la saveur est amère-aromatique.

Si l'expérience démontre ultérieurement l'efficacité de cette

labiée pour amener la réaction dans la période algide du choléra, nous pourrons en faire d'amples provisions, non pas seulement en Algérie, mais encore dans le midi de la France, où le *teucrium polium* n'est pas rare. (Séance du 7 avril 1849.)

IV. — *Chimie physiologique.*

De la composition des sels du sang et de leurs rapports avec la formation des calculs vésicaux. — M. Verdeit lit sur ce sujet intéressant de physiologie la note suivante :

« Un point de la physiologie qui n'avait pas encore été abordé, était de savoir quelle influence pouvait avoir la nourriture sur la composition des sels du sang, quelle était la différence entre le sang des herbivores et des carnivores et la composition du sang de l'homme suivant les régimes auxquels il était soumis. Il était évident que cette question, une fois éclaircie, aiderait à expliquer certains phénomènes, particulièrement sur l'état de l'urine et sur la formation des calculs vésicaux. Je soumis donc à l'analyse du sang de bœuf, de mouton pour les herbivores, du sang de cochon soumis à une nourriture mélangée, du sang de veau, du sang de chien nourri de viande, puis du sang de chien nourri de pommes de terre et de pain, enfin du sang d'homme.

Le résultat de mes analyses a été que par la nourriture, le régime, on pouvait changer la nature du sang, que les animaux nourris exclusivement de viande avaient, au bout de peu de temps, un sang dont les cendres contenaient une très-grande quantité d'acide phosphorique combiné à des alcalis, et que les carbonates disparaissaient ; tandis que les animaux nourris de végétaux avaient un sang contenant une grande quantité de carbonates alcalins et peu de phosphates.

Ceci me semble une question d'une haute importance ; en effet, si l'on admet que dans une machine si parfaite que l'organisme animal, chaque partie doit avoir sa signification, il faut bien admettre aussi que des différences si énormes, si palpables dans la composition du sang, doivent avoir une grande importance dans les fonctions de la vie.

Voyons d'abord ce qui se passe dans les deux espèces de régime, le régime animal et le régime végétal.

Si l'on brûle un morceau de viande, si on le réduit en cendres, on trouvera que ce résidu contient une masse d'acide phosphorique combiné à des alcalis, et qu'il n'y a pas trace de carbonates alcalins. Les analyses que j'ai faites des cendres du sang d'un chien nourri pendant dix-huit jours uniquement de viande, m'ont démontré que la quantité d'acide phosphorique

combinée à des alcalis s'élevait au chiffre considérable de 12,75 p. 100. Le même chien, nourri pendant quinze jours avec du pain et des pommes de terre, avait un sang qui ne contenait plus que 9 p. 100 de phosphates alcalins. Si j'avais pu nourrir le même animal uniquement de végétaux, son sang n'aurait plus contenu qu'une très-petite quantité de phosphates alcalins, 2 ou 3 pour 100 comme le sang de bœuf et de mouton.

Chez les herbivores, c'est le contraire : la proportion des carbonates alcalins est très-forte, et il n'y a que très-peu de phosphates.

Il faut donc admettre qu'avec la nourriture seule on peut faire éprouver des changements notables au sang. Ceci est d'autant plus important que ces changements ne peuvent avoir lieu que par la nourriture, et que les sels, les carbonates, par exemple, ne rempliront pas le même rôle. En effet, si on continue à manger de la viande, la quantité de phosphate ne variera pas, et il ne sera nullement neutralisé par les sels qu'on pourrait faire prendre au malade ; ensuite l'acide carbonique qu'on voudrait introduire sous la forme de bicarbonate ne remplira pas du tout le même rôle que l'acide carbonique qui se forme dans le sang par les végétaux et les acides végétaux. En effet, les bicarbonates seront bientôt décomposés par les acides qui se trouvent dans l'estomac. L'acide carbonique, qui ne ressort pas immédiatement, se dissout dans les liquides ambiants, arrive dans le sang et en ressort par la respiration ; aussi est-ce une erreur de croire qu'on forme des carbonates dans le sang lorsqu'on en fait prendre sous forme des sels inorganiques. Cet acide carbonique ne joue aucun rôle dans le sang ; c'est déjà une excrétion ; il reste dissous jusqu'à ce qu'il sorte par la respiration. Il n'en est pas de même de l'acide carbonique, qui se forme des végétaux ou des acides végétaux ; ceux-ci subissent dans le sang une vraie combustion, et qui produit de l'acide carbonique combiné avec des alcalis ; cet acide carbonique est organisé pour ainsi dire, il ne quitte plus l'alcali avec lequel il est combiné, et c'est sous cette forme seulement qu'il peut avoir de l'influence sur la composition du sang.

Mais c'est surtout sur la formation des calculs vésicaux que la nourriture aura une immense influence. En effet, de quoi sont composés les calculs chez l'homme ? le plus souvent d'acide urique, d'urates et de phosphates. Voyons comment ils se forment : l'acide urique est très-peu soluble dans l'eau, et encore moins dans l'urine acide ; sitôt qu'il s'en secrète une plus grande quantité, il devient insoluble ; c'est ce qu'on remarque chez les

personnes qui ont pris beaucoup de mouvement, qui ont beaucoup marché ou beauboup dansé : le lendemain leur urine laisse un dépôt qui n'est autre choses que de l'acide urique qui était en excès. Imaginez une origine de pierre, avec quelle facilité n'augmentera t-elle pas, entourée d'un liquide sursaturé d'acide urique. L'acide urique est plus soluble dans l'urine un peu alcaline, jamais ces dépôts d'acide urique ne peuvent se former dans une urine alcaline. La cause de l'acidité de l'urine n'est autre que l'acide phosphorique, qui provient de la nourriture animale, ou du pain ou des pois, des lentilles, etc. Aussi un sujet qui aura une disposition calculeuse devrait-il être immédiatement mis au régime végétal, manger très-peu de pain, ou du pain contenant peu de gluten, point de pois, de lentilles, de fèves qui contiennent beaucoup de phosphate. En un mot, il faudra faire disparaître l'acidité de son urine et la rendre alcaline. L'acide urique pourra rester dissous, et s'il y a déjà un calcul de formé, ses progrès s'arrêteront. Ce régime sera bon pour tous les calculs, car il n'en existe pas chez l'homme qui ne contiennent des urates, et beaucoup sont formés en grande partie de phosphates. Il est connu que rien n'est plus facile que de rendre l'urine alcaline, en se nourrissant de légumes, de fruits, de pommes de terre, de substances amidonnées, d'un peu de riz. L'urine, chez l'homme, n'est pas plus normale lorsqu'elle est acide que lorsqu'elle est neutre ou alcaline ; tout dépend de la nourriture, et elle est normale dans tous les cas.

Je crois que c'est un question qui mérite d'occuper les praticiens, et qui peut arriver à une solution en combinant les observations chimiques avec les observations pathologiques.

TABLE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE 203e VOLUME.

10e SÉRIE, TOME VII. — JUILLET 1849.

ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE.

Mémoire sur l'anatomie de la conjonctive, au point de vue de ses altérations pathologiques et de leur traitement ; par *H. De Condé*. (*Suite* et *fin*.) 145
Rapport adressé à M. l'inspecteur général du service de santé de l'armée, sur le choléra qui à régné dans la garnison de Liége, pendant les mois de décembre 1848, janvier et février 1849 ; par *I. Midavaine*. 152
Essai sur l'hypochondrie ; par *J. D. Hannon*. (*Suite*.) 157
Du traitement du choléra d'après les indications instinctives ; par le docteur *Delstanche*. 181
De la cause, de la nature, du traitement du choléra ; par le docteur *Stacquez*. 186
De l'utilité des bains de mers par rapport à l'épidémie du choléra ; par le docteur *Verhaeghe*. 194
Instruction sur les précautions à prendre pour se préserver du choléra. 200
A Messieurs les praticiens autorisés à exercer l'art de guérir dans le Brabant. 201
Extrait du Bulletin de l'Académie royale de médecine. — (Séances du 26 mai 1849.) 203
Observations météorologiques faites à l'observatoire royal de Bruxelles, pendant le mois de mai 1849. 204

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQUE ET CLINIQUE MÉDICALE.

PATHOLOGIE INTERNE. — 1. Note sur les bruits du cœur dans le choléra ; lue à la Société de biologie ; par M. le docteur *Bouchut*. 1
2. Revue clinique du choléra. 2
3. Note et observations sur le diabète sucré ; par le docteur *Francis Devay*. 29
20. Sur les causes et le traitement de la surdité chez les vieillards ; par le docteur *J. Toynbee*. 262
21. Expériences sur la nature du choléra et d'autres épidémies ; par le docteur *James Murray*. 265
THÉRAPEUTIQUE. — 4. Traitement local de l'arthrite aiguë. 39
5. Des diverses médications employées dans les hôpitaux contre le choléra, et des rapports numériques des guérisons et de la mortalité avec ces médications. (*Suite*.) 45
6. Deuxième note sur l'emploi du sirop acétique et de l'acide acétique comme moyen de déterminer la réaction au début du choléra ; par M. le docteur *Lebatard*. (*Suite*.) 64
7. De la valériane contre l'épilepsie ; par M. *Chauffard*. 76
22. De l'emploi de l'iodure d'arsenic à l'intérieur dans le traitement de la teigne. 268
23. De l'utilité des alcalis dans le traitement du rhumatisme ; par le docteur *Furnivall*. 269

24. De l'emploi du vinaigre dans la traitement des ulcères ; par M. *Barber*. 270
25. Sur l'administration du chloroforme ; par MM. *Mascherpa* et *Strambio* 270

V. ACCOUCHEMENTS, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

ACCOUCHEMENTS. — 8. Traitement prophylactique et curatif de la métro-péritonite puerpérale. 86
9. Accouchement laborieux ; — rétrécissement considérable des détroits supérieur, inférieur et de l'excavation du bassin ; — angustie remarquable de la vulve et de la cavité vaginale ; — crâniotomie ; par M. *L. Celerier*. 90
10. Note sur un cas d'asphyxie intra-utérine d'un enfant à terme, causée par deux nœuds du cordon ombilical ; par M. *Philippe Passot*. 93
26. Opération césarienne, avec guérison de la mère et conservation de l'enfant ; par M. *Custodi*. 272
MALADIES DES FEMMES. — 11. Note sur un cas de tumeur interstitielle de l'utérus, extirpée par un nouveau procédé ; par M. *Maisonneuve*. 96
11*bis*. Mémoire sur les douches froides, locales et générales, internes et externes, appliquées au traitement des engorgements et des déplacements de la matrice, ainsi que des accidents généraux qui accompagnent souvent ces affections ; par M. le docteur *L. Fleury*. (*Suite*.) 100
MALADIES DES ENFANTS. — 12. Remarques sur la dentition et ses accidents. — Ulcérations pultacées de la bouche ; ulcérations mercurielles ; traitement de ces affections. — (Hôpital des Enfants malades. Service de M. *Trousseau*.) 110
13. Recherches sur la maladie scrofuleuse, spécialement chez les enfants ; par le docteur *Hérard*. (*Suite* et *fin*.) 114

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

PATHOLOGIE EXTERNE. — 14. Mémoire sur une angioleucite profonde ; amputation coxo-fémorale ; par M. le docteur *Jules Roux*. 131
27. Observation d'ulcération cancéreuse de la peau du front qui s'est étendue jusqu'à la masse cérébrale ; par le docteur *Show*. 274
MÉDECINE OPÉRATOIRE. — 15. Deux observations de croup traité avec succès par la trachéotomie, avec quelques remarques ; par le docteur *Laloy*. 144
16. Documents statistiques pour servir à l'histoire de la taille et de la lithotritie ; par M. *Pamard*. 161
28. Instrument pour la trachéotomie ; par M. *Marshall Hall*. 275
29. De la cystotomie et du cathétérisme ; par M. *Ciniselli*. 276

VIII. MALADIES DES VOIES GÉNITO-URINAIRES.

17. Mémoire sur les fongus du testicules ; par les docteur *J. F. Jarjavay*. 179

X. MÉDECINE LÉGALE ET POLICE MÉDICALE.

MÉDECINE LÉGALE. — 18. Des diverses espèces de suicides ; par *A. Brierre de Boismont*. (*Suite*.) 205

XII. GÉNÉRALITÉS.

19. De l'analogie et des différences entre les tubercules et les scrofules ; par *A. Legrand*. (*Suite*.) 212

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE nationale des Sciences de Paris. (Séances des 7, 14, 21 et 28 mai 4, 11 juin.) — Dosage du sucre de lait au moyen du saccharimètre de M. Soleil, et détermination de la richesse du lait. 224. — Traitement du choléra par le mercure. — Action magnétique des muscles. — Composition de l'air expiré

par les cholériques. 225. — Proportion du sang dans les diverses espèces animales. — Action désinfectante de l'éther sulfurique.—Electrisation localisée. 226. — Sur la production d'un courant électrique, dans l'acte de la contraction musculaire. 228.—Des avantages de la méthode hémospasique (grande ventouse) substituée, dans certains cas, à l'emploi de médicaments énergiques. 230. — Recherches sur les anévrismes. 232.—Traitement de l'épilepsie. 233. — Introduction de l'eau dans la vessie dans le choléra. — Influence de l'électricité atmosphérique sur le choléra. 234.

ACADÉMIE nationale de médecine de Paris. (Séances des 8, 15, 19, 22 et 29 mai 5 et 15 juin.) — Choléra. 235. — Nouveau cow-pox ou chameline. — Choléra. 239. — Conservation de l'eau potable. — Épidémies de fièvre jaune et de choléra à New-York. 240.— Choléra. 243. — Adénite cervicale. 249. — Contagion du choléra. 251. — Contagion du choléra. 253. — De la rate dans les fièvres intermittentes. — Contagion du typhus cérébro-spinal. 254. — Transport des matières solides dans le torrent circulatoire. 255. — Introduction d'une fourchette en fer dans l'estomac ; expulsion au bout de vingt mois. 256. — Choléra. 258. — Choléra. 261. — Choléra. — Tocologie. 262.

MÉLANGES.

30. Abrasion de la cornée, pour remédier à l'opacité de cette membrane ; par M. *Marcacci*. 277

31. Cas remarquable de maladie oculaire produite par une décharge électrique ; par M. *Culler*, 279

32. Compte rendu des séances de la société de Biologie pendant le mois d'avril 1849 ; par M. *Follin*. 281

TABLE

DES MATIÈRES PAR ORDRE DE JOURNAUX. — 203e VOLUME.

10e SÉRIE, TOME VII. — JUILLET 1849.

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE (octob. 1849).

Brierre de Boismont (A.). Les diverses espèces de suicides. 203

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE (mai, juin 1849).

Hérard. Recherches sur la maladie scrofuleuse, spécialement chez les enfants. 114
Laloy. Deux observations de croup traité avec succès par la trochéotomie, avec quelques remarques. 144
Jarjavay. Mémoire sur les fongus du testicules. 179

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (Nos 15, 20, 21, 22, 23; 1849).

Bouchut. Note sur les bruits du cœur dans le choléra. 1
Revue clinique du choléra. 3
Devay (Francis). Note et observations sur le diabète sucré. 29
Des diverses médications employées dans les hôpitaux contre le choléra, et des rapports numériques des guérisons et de la mortalité avec ces médications. 45
Lebatard. Deuxième note sur l'emploi du sirop acétique et de l'acide acétique comme moyen de déterminer la réaction au début du choléra. 64
Maisonneuve. Note sur un cas de tumeur interstitielle de l'utérus, extirpée par un nouveau procédé. 96
Fleury (L.). Mémoire sur les douches froides, locales et générales, internes et externes, appliquées au traitement des engorgements et des déplacements de la matrice, ainsi que des accidents généraux qui accompagnent souvent ces affections. 100
Roux (Jules). Mémoire sur une angioleucite profonde ; amputation coxo-fémorale. 131
Follin. Compte rendu des séances de la société de Biologie pendant le mois d'avril 1849. 281

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES (mai, juin et avril 1849).

Traitement local de l'arthrite aiguë. 39
Traitement prophylactique et curatif de la métro-péritonite puerpérale. 86
Celerier (L.). Accouchement laborieux ; — rétrécissement considérable des détroits supérieur, inférieur et de l'excavation du bassin ; — angustie. remarquable de la vulve et de la cavité vaginale ; — crâniotomie. 90

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES (juin 1849).

Trousseau. Remarques sur la dentition et ses accidents. — Ulcérations pultacées de la bouches ; ulcérations mercurielles ; traitement de ces affections. 110

REVUE MÉDICALE (septembre et octobre 1849).

Legrand (A.). De l'analogie et des différences entre les tubercules et les scrofules. 212

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE (mai et juin 1849).

Chauffard De la valériane contre l'épilepsie. 76
Passot (Philippe). Note sur un cas d'asphyxie intra-utérine d'un enfant à terme, causée par deux nœuds du cordon ombilical. 93
Pamard. Documents statistiques pour servir à l'histoire de la taille et de la lithotritie. 161

JOURNAUX ANGLAIS.

DUBLIN JOURNAL.

De l'emploi de l'iodure d'arsenic à l'intérieur dans le traitement de la teigne. 268

DUBLIN MEDICAL PRESS.

Show. Observation d'ulcération cancéreuse de la peau du front qui s'est étendue jusqu'à la masse cérébrale. 274

MONTHLY JOURNAL.

Toynbee (J.). Sur les causes et le traitement de la surdité chez les vieillards. 262

THE LANCET.

Murray (James). Expériences sur la nature du choléra et d'autres épidémies. 265
Furnivall. De l'utilité des alcalis dans le traitement du rhumatisme. 265
Barber. De l'emploi du vinaigre dans le traitement des ulcères. 270
Marshall Hall. Instrument pour la trachéotomie. 275
Culler. Cas remarquable de maladie oculaire produite par une décharge électrique. 279

JOURNAUX ITALIENS.

ANNALI UNIVERSALI DI MED.

Ciniselli. De la cystotomie et du cathétérisme. 276

GAZZETTA MED. LOMB.

Mascherpa et *Strambio*. Sur l'administration du chloroforme. 270
Custodi. Opération césarienne, avec guérison de la mère et conservation de l'enfant. 272

GAZZETTA TOSCANA DELLE SC. MED. FISICHE.

Marcacci. Abrasion de la cornée, pour remédier à l'opacité de cette membrane. 277